



Cofinancé par  
l'Union européenne



CHU  
CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉUNION



RÉUNION  
www.reunion.renouv.fr

*INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS*



Saint-Denis, le 19 mai 2025

## Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au mercredi 11 juin 2025 à 11:30

Passé ce délai, le candidat admis sur la liste principale n'ayant pas effectué son inscription administrative sera enregistré comme s'étant désisté. Un courrier lui sera adressé à cet effet.

L'IFA fera alors appel au candidat inscrit sur la liste complémentaire en rang utile.

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et ne permettra pas l'inscription et l'entrée en formation

**Attention** : L'IFA ne fera aucune relance auprès des candidats

Monsieur Christophe MENARD

Directeur des Instituts de Formation des Ambulanciers du CHU de la Réunion

CHU DE LA RÉUNION - IFA  
INSTITUT DE FORMATION  
DES AMBULANCIERS  
Monsieur Christophe MENARD  
Directeur des écoles d'ambulanciers



Cofinancé par  
l'Union européenne



*INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS*



Cher(e) candidat(e),

Vous êtes admis(e) à l'IFA du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

L'Institut de Formation est accessible à tous les étudiants / élèves présentant un certificat d'aptitude à suivre la formation et les stages inhérents à la formation et dont les vaccinations sont à jour.

Afin d'assurer les mêmes chances de réussite face au diplôme, les étudiants en situation de handicap sont invités à se rapprocher du Référent Handicap de l'Institut lors de leur inscription administrative pour prendre connaissance des mesures d'accompagnement possibles et anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement de leurs études. Les solutions mises en œuvre le seront avec le partenariat des responsables pédagogiques et ou de stage voire de terrain de sage en fonction des besoins dans la mesure de leur faisabilité eu égard au référentiel de compétences.

**A noter :**

- Chaque année scolaire, tout étudiant en situation de handicap, reprend contact avec le référent handicap de l'institut pour bénéficier d'un nouvel accompagnement personnalisé, il n'y a pas d'automatisme, le handicap pouvant être temporaire.
- Attention, pour les étudiants / élèves en situation de handicap ayant besoin d'aménagement des examens, aucune demande ne sera acceptée au-delà d'un mois avant la date des examens. Il est impératif d'anticiper pour bénéficier des mesures nécessaires.
- Tout étudiant / élèves en situation de handicap prend contact avec le référent handicap de l'institut qui l'orientera ou l'accompagnera dès l'apparition de problèmes de santé survenant pendant la scolarité.

**Contacts et coordonnées**

Les référents handicap des IES sont :

<b>IES Sud</b>	<b>IES Nord</b>
Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur Téléphone : 0262 35 59 98 Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr	Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur Téléphone : 0262 71 75 59 Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr
Sabine DIJOUX - Adjoint administratif Téléphone : 0262 35 95 70 Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr	Martine TECHER - Adjoint administratif Téléphone : 0262 71 75 49 Email : martine.techer@ies-reunion.fr

Le référent handicap de l'établissement (en cas de promotion professionnelle) est

D.R.H

Vanessa DARID

Téléphone : 0262 71 98 14

Email : vanessa.darid@chu-reunion.fr

Françoise BELON

Téléphone : 0262 35 95 94 - Dect 5 5569

Email : francoise.belon@chu-reunion.fr

# INSCRIPTION A L'INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Si vous refusez votre affectation, veuillez nous le faire savoir en nous retournant le coupon réponse joint à votre courrier

## FORMALITÉS D'INSCRIPTION

Les candidats classés sur liste principale ont un délai de **10 jours**, suivant l'affichage des résultats, pour confirmer leur inscription à l'Institut, à l'aide du coupon réponse annexé au relevé individuel des notes, passé ce délai, le candidat est réputé avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

***L'admission définitive est subordonnée à la production de différents documents.***

### PIÈCES A FOURNIR AU SECRÉTARIAT DE L'IFA

*Les jours d'inscription :*

**Mardi 10 juin 2025 - Uniquement le matin de 07h30 à 11h30**

*et*

**Mercredi 11 juin 2025 - Uniquement le matin de 07h30 à 11h30**

- Fiche d'inscription dûment remplie, datée et signée (*ci-jointe*)
- Fiche – Délibération Diplôme d'Etat - Informations administratives obligatoires dûment remplie, datée et signée (*ci-jointe*)
- 1 copie du contrat d'apprentissage (*cerfa n°10103\*05*) signé par l'employeur et l'apprenti
- 1 Justificatif d'adresse (*facture EDF, CISE à votre nom..., sinon : attestation s/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture*) ;
- 1 Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité
- 2 Photos d'identité (*nom et prénom au dos des photos*)
- Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (*afin d'adapter la formation à votre situation*)
- Présentation de l'**original** de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (*valide*)
- Présentation de l'**original** du permis de conduire
- 1 Copie du permis de conduire
- 1 extrait de casier judiciaire n°3 de moins de trois mois - faire la demande sur le site : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20c>
- 1 attestation d'assurance de responsabilité civile individuelle pour l'année 2024/2025 (*obligatoire*) (*un avenant peu être demandé auprès de votre compagnie d'assurance qui gère votre contrat multirisque habitation - responsabilité civile*)
- 1 copie de la Carte d'Identité (*recto/verso*) ou du Passeport **en cours de validité**
- 1 copie des Diplômes (*ADVF, baccalauréat, licence, BTS, ...*)
- 1 copie et l'original de l'Attestation aux Gestes et Soins d'Urgence Niv.2 (*pour les candidats titulaires de l'AFGSU2*)
- 1 RIB avec code IBAN** (*à votre nom et prénom*)
- Prévoir une carte bancaire pour effectuer le paiement des droits d'inscription d'un montant de 82€ et du recueil de texte « Ambulancier » de 6.50€ et Portfolio « Ambulancier » de 9.50€ (*règlement **UNIQUEMENT** par carte bancaire le jour de l'inscription pour un montant global de 98,00€*)



Cofinancé par l'Union européenne



Instituts de formation d'ambulancier

## FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

IFA NORD - CURSUS APPRENTISSAGE

Collez une photo d'identité

1<sup>ère</sup> inscription  Redoublant  Report de scolarité  Autre.....

Dates de rentrée pour la session 2025/2026 : Lundi 04 août 2025

### ÉTAT CIVIL

Madame  Monsieur  
 Nom patronymique (de naissance) : .....  
 Nom marital : .....  
 Prénoms : ..... (dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)  
 Date de naissance : ...../...../..... Département de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Téléphone portable : .....  
 Situation familiale :  Marié(e)/Pacsé(e)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé(e)/séparé(e)  Veuf(ve)  
 N° INE             
 Nationalité :  Française  Autre : .....

### GÉNÉRAL

N° SS               -    
**RESIDENCE PENDANT LES ETUDES**  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Email1 (attribué par l'institut) : .....@ies-reunion.fr  
 Email2 (perso à renseigner) : .....@.....  
 Enfant :  OUI si oui, nombre .....  NON

#### SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiant..... <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé N° d'identifiant : ..... Date d'inscription : .../.../.... Agence : .....	Profession : ..... Employeur ..... Tel : .....

#### SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiant..... <input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé	Profession : ..... Employeur ..... Tel : ..... Adresse Entreprise : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

NIVEAU SCOLAIRE : .....

DATE	DIPLÔME	SERIE	MENTION

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

DATE	METIER	EMPLOYEUR

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :

DATE	FORMATION	INSTITUTS

## INFO. COMPLÉMENTAIRES

Personne(s) à prévenir en cas d'accident :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Situation des parents :

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MÈRE			
CONJOINT(E)			

Permis :  OUI  NON

Véhicule :  Néant  Voiture  Motocyclette >=50cm<sup>3</sup>  Vélomoteur – Scooter <50cm<sup>3</sup>

Modèle : ..... Immatriculation : .....

## FINANCIER

Rémunération pendant la formation :

Pôle Emploi  Employeur  CIF  Bourse Régionale  Aucune rémunération  Autre (laquelle).....

Prise en charge des frais de scolarité :

Conseil Régional  Paiement personnel  Employeur  CPF  CIF  Autre (laquelle).....

COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM

IBAN : .....

BIC : .....

## AUTRES INFORMATIONS

Handicap à déclarer :  Non  Oui\*

\* En cas de handicap déclaré fournir un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) – N° vert : 0800000262 – Email : [mdph974@mdph.re](mailto:mdph974@mdph.re)

Je soussigné(e), (Nom/Prénom).....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFA du CHU de la Réunion site Nord pour l'année 2025/2026. Je m'engage à répondre à toutes statistiques demandées par l'IFA, y compris après la formation. J'autorise l'institut à fournir tous renseignements nécessaires aux organismes financeurs.

**Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.**

Signature de l'élève

Saint-Denis, le...../...../20..





Cofinancé par  
l'Union européenne



*INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS*



**PRÉSENTATION DEVANT LE JURY RÉGIONAL  
DÉLIBÉRATION DIPLÔME D'ÉTAT**

- |   |                                   |                                    |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IFSI NORD      | <input type="checkbox"/> IFSI SUD | <input type="checkbox"/> IFAS NORD | <input type="checkbox"/> IFAS SUD | <input type="checkbox"/> IFAP    |
| <input checked="" type="checkbox"/> IFA | <input type="checkbox"/> ESF      | <input type="checkbox"/> IFMK      | <input type="checkbox"/> IRIADE   | <input type="checkbox"/> IRIBODE |

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES**

NOM :

(de Jeune Fille suivi du nom d'épouse)

PRÉNOMS :

(ordre de l'État Civil)

Date de Naissance :

Ville de naissance :

N° du département de naissance :

Adresse précise :

N° de téléphone (fixe/mobile) :

Courriel :

Autorisation de publication de mes résultats sur le site internet de la  
DEETS :(rayer la mention inutile)

OUI

NON

Fait à

le

Signature

Ce document doit être joint à la photocopie de la pièce d'identité