Cofinancé par l'Union européenne

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Saint Pierre, le 27 mai 2025

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au mardi 20 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 de l'Institut de Formation des Ambulanciers

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

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Saint-Pierre, le 26 mai 2025

Cher(e) candidat(e),
Vous êtes admis à l'un des Instituts de Formation des IES du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

Afin de valider votre inscription, nous vous demandons de bien vouloir respecter les étapes décrites ci-dessous.

Pour votre information, les Instituts d'études en santé (IES) sont accessibles à tous les étudiants/élèves :
- Ayant été sélectionnés et admis dans une de nos filières,
- Présentant un certificat d'aptitude physique et psychologique à suivre la formation,
- Disposant d'une couverture vaccinale conforme à la règlementation et leur permettant la mise en stage.

Afin que chaque apprenant dispose des mêmes chances de réussite au diplôme, les IES sont engagés dans une démarche volontariste d'accompagnement à la réussite de tous nos étudiants/élèves, ainsi que dans une politique inclusive pour les apprenants en situation de handicap.

Concernant le dispositif d'aide à la réussite :
Un test de positionnement sera proposé à chaque élève évaluant les compétences socles nécessaires à l'entrée en formation. Des ateliers de mise à niveaux seront programmés pendant la formation.

Concernant les situations de handicap :
Tout étudiant/élève en situation de handicap est invité à se rapprocher de nos Référents Handicap lors de son inscription administrative afin de co-construire les mesures d'accompagnement envisageables et d'anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement des études.

- Chaque année scolaire, tout étudiant/élève 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 ou évolutif,
- Concernant l'aménagement des examens, les demandes seront à présenter au moins un mois avant la date des examens pour permettre aux équipes d'anticiper l'organisation des mesures nécessaires,
- En cas de situation de handicap intervenant en cours de scolarité, l'étudiant/élève concerné prend contact avec les référents handicap.

Contacts et coordonnées
Les référents handicap des IES sont :

Site des IES Sud
Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 35 59 98
Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr
Sabine DIJOUX - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 35 95 70
Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr

Site des IES Nord
Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 71 75 59
Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr
Martine TECHER - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 71 75 49
Email : martine.techer@ies-reunion.fr

Pour les étudiants en études promotionnelles du CHU, le référent handicap de l'établissement pourra être sollicité :
Magalie PALACIOS
Téléphone : 0262 71 98 14
Email : magalie.palacios@chu-reunion.fr

DÉROULEMENT DES ÉTAPES OBLIGATOIRES DES CANDIDATS ADMIS À L'IFA SUD DU CHU DE LA REUNION POUR LA RENTREE SCOLAIRE JUILLET 2025/JANVIER 2026

1ERE ETAPE : INSCRIPTION ADMINISTRATIVE LES 19 et 20 juin de 08h30 à 11h30

1°) Inscription administrative :

RDV en présentiel au secretariat de la vie étudiante (Bureau à droite de l'accueil des IES BAT 15) pour votre inscription administrative avec les pièces demandées
(cf. liste des pièces à fournir) selon les modalités suivantes :

- Le 19/06/2025 de 08h30 à 11h30 : Rang N° 1 à 10
- Le 20/06/2025 de 08h30 à 11h30 : Rang N° 11 à 20

2°) Paiements

A prévoir paiement des frais d'inscriptions administratifs : **82,00€**

LES PAIEMENTS SE FERONT UNIQUEMENT PAR CARTE BLEUE LE JOUR DE L'INSCRIPTION

2EME ETAPE : RENTREE

- **Le Lundi 21 Juillet 2025 à 08h00**

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Merci de présenter votre dossier dans l'ordre des pièces demandées ci-dessous et de ne pas agrafer les documents

A remettre lors de l'inscription administrative

N°	DOCUMENTS ADMINISTRATIF À FOURNIR	Remis
1	Fiche inscription administrative dûment remplie, datée et signee *(ci-jointe)*	❑
2	Fiche – Délibération Diplôme d'Etat - Informations administratives obligatoires dûment remplie, datée et signée *(ci-jointe)*	❑
3	1 Photocopie de la Carte d'Identité *(recto/verso)* ou du Passeport en cours de validité	❑
4	2 Photos d'identité *(nom et prénom au dos des photos)*	❑
5	L'attestation d'engagement pour les professionnels ou si financement perso dûment remplie, datée et signée *(ci-jointe)*	❑
6	Attestation *« Statut à l'entrée en formation »* dûment remplie, datée et signée – *(ci-jointe)*	❑
7	Si vous êtes inscrit(e) à **France Travail fournir :** - n° identifiant avec l'attestation d'inscription - le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseillé précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'ambulancier	❑
8	1 Justificatif d'adresse *(facture EDF, CISE à votre nom…, sinon : attestations/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture)*	❑
9	1 Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité	❑
10	1 attestation d'assurance de responsabilité civile individuelle pour l'année 2025/2026 *(obligatoire) (Vous pouvez demander un avenant auprès de votre compagnie d'assurance qui gère votre contrat multirisque habitation - responsabilité civile)*	❑
11	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**	❑
12	1 Copie et **présentation de l'original** du permis de conduire	❑
13	Présentation de l'original de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance *(valide)*	❑
14	1 Présentation du **Diplôme *original*** *(pour les candidats dispensés de l'admissibilité)*	❑
15	1 copie de **TOUS** les Diplômes *(ADVF, Baccalauréat, Licence, BTS, …)*	❑
16	1 copie et l'original de l'Attestation aux Gestes et Soins d'Urgence Niv.2 *(pour les candidats titulaires de l'AFGSU2)*	❑
17	1 RIB avec code IBAN *(à votre nom)*	❑
18	**Si handicap déclaré, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu** *(afin d'adapter la formation à votre situation)*	❑
19	Prévoir une carte bancaire pour effectuer le paiement des droits d'inscription d'un montant de 82€	❑

Cette inscription sera définitive dès lors que l'ensemble des pièces demandées sera fourni et que les paiements seront versés.

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

Instituts de formation d'ambulancier

RÉGION RÉUNION www.regionreunion.com

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

CURSUS CONTINU

Collez une photo d'identité

☐ 1ére inscription ☐ Redoublant ☐ Report de scolarité ☐ Autre……

Dates de rentrée pour la 2ème session 2025 : Lundi 21 juillet 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(c) ❑ 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

❑ Sans activité	❑ En activité
❑ Demandeur d'emploi : ○ Indemnisé ○ Non indemnisé N° d'identifiant France Travail :…… Date d'inscription : ……/……/…… Agence : …… ❑ Étudiant/Elève ❑ Autre : Précisez……	Profession d'origine :…… Employeur …… …… Adresse :…… …… Tel :…… Code Postal : ……Ville : ……

SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

❑ Sans activité	❑ En activité
❑ Etudiant/Elève ❑ Demandeur d'emploi inscrit à France Travail ○ Indemnisé ○ Non indemnisé ❑ Aucune rémunération* • Les minimas sociaux ne sont pas considérés comme rémunération ❑ Demande rémunération ASP ○ Oui ○ Non	Profession d'origine :…… Employeur …… Tél :…… Adresse :…… Code Postal : ……Ville : …… SIRET employeur :…… Organisme financeur : ……

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

NIVEAU SCOLAIRE .....

DATE	DIPLÔME	SERIE	MENTION

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

DATE	METIER	EMPLOYEUR

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES

DATE	FORMATION	INSTITUT

INFO. COMPLÉMENTAIRES

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

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Situation des parents :

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MERE			

Permis : ❑ OUI ❑ NON
Véhicule : ❑ Néant ❑ Voiture ❑ Motocyclette >=50cm3 ❑ Vélomoteur – Scooter <50cm3
Modèle :..... Immatriculation : .....

FINANCIER

Rémunération pendant la formation :
❑France Travail ❑Employeur ❑Aucune rémunération ❑ Autre (laquelle).....

Prise en charge des frais de scolarité :
❑Conseil Régional ❑Paiement personnel ❑Employeur ❑CPF ❑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*

Je soussigné(e), *(Nom/Prénom)*.....
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFA Nord du CHU de la Réunion pour l'année 2025(2ème session).
Je m'engage à répondre à toutes statistique 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-Pierre, le……./……./20..

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

PRÉSENTATION DEVANT LE JURY RÉGIONAL
DÉLIBÉRATION DIPLÔME D'ÉTAT

☐ **IFSI NORD**	☐ **IFSI SUD**	☐ **IFAS NORD**	☐ **IFAS SUD**	☐ **IFAP**
☒ **IFA**	☐ **ESF**	☐ **IFMK**	☐ **IRIADE**	☐ **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

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Promotion : Juillet 2025

Attestation d'engagement

Si vous êtes en activité et bénéficiez d'une prise en charge*

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, _____

Gérant(e) de l'ambulance : _____

M'engage à régler auprès du Trésor Public, les frais pédagogiques d'un montant de 6300€ (tarif professionnel), correspondant à la formation d'ambulancier dispensée par l'IFA du CHU de la Réunion, pour l'élève : _____

Fait à ,
le

Nom prénom et signature de l'élève

signature et cachet de l'Entreprise
Bon pour accord

*Un devis pour les frais de formation vous sera remis sur demande.

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Promotion : Juillet 2025

Attestation d'engagement

Si vous êtes en activité et que vous financez personnellement votre formation*

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, _____

Salarié(e) dans la société/entreprise _____

M'engage à régler personnellement auprès du Trésor Public, les frais pédagogiques d'un montant de 3150€, correspondant à la formation d'ambulancier dispensée par l'IFA du CHU de la Réunion.

Fait à ,
le

Nom prénom et signature de l'élève
Bon pour accord

*Un devis pour les frais de formation vous sera remis sur demande.

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »

Cofinancé par l'Union européenne

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

ATTESTATION

(Statut à l'entrée en formation)

Je soussigné(e), Mme, Mr ..... admis(e) à la formation préparant au Diplôme d'Etat d'Ambulancier à l'IFA Sud du CHU de La Réunion pour la session de Juillet 2025 (Cursus continu)

confirme mon statut à l'entrée en formation :

☐ Sans activité : *Ma formation est prise en charge par la région et le Fonds Social Européen* *1

☐ En activité : *Ma formation est prise en charge par un organisme de formation (citez)* *2…….....

☐ En activité : *Ma formation est prise en charge par l'entreprise de transport sanitaire (citez).* ……

☐ En activité : *Ma formation n'est pas prise en charge « Je m'engage à financer ma formation à hauteur de 3150€.* »

Selon votre statut vous **devez** :

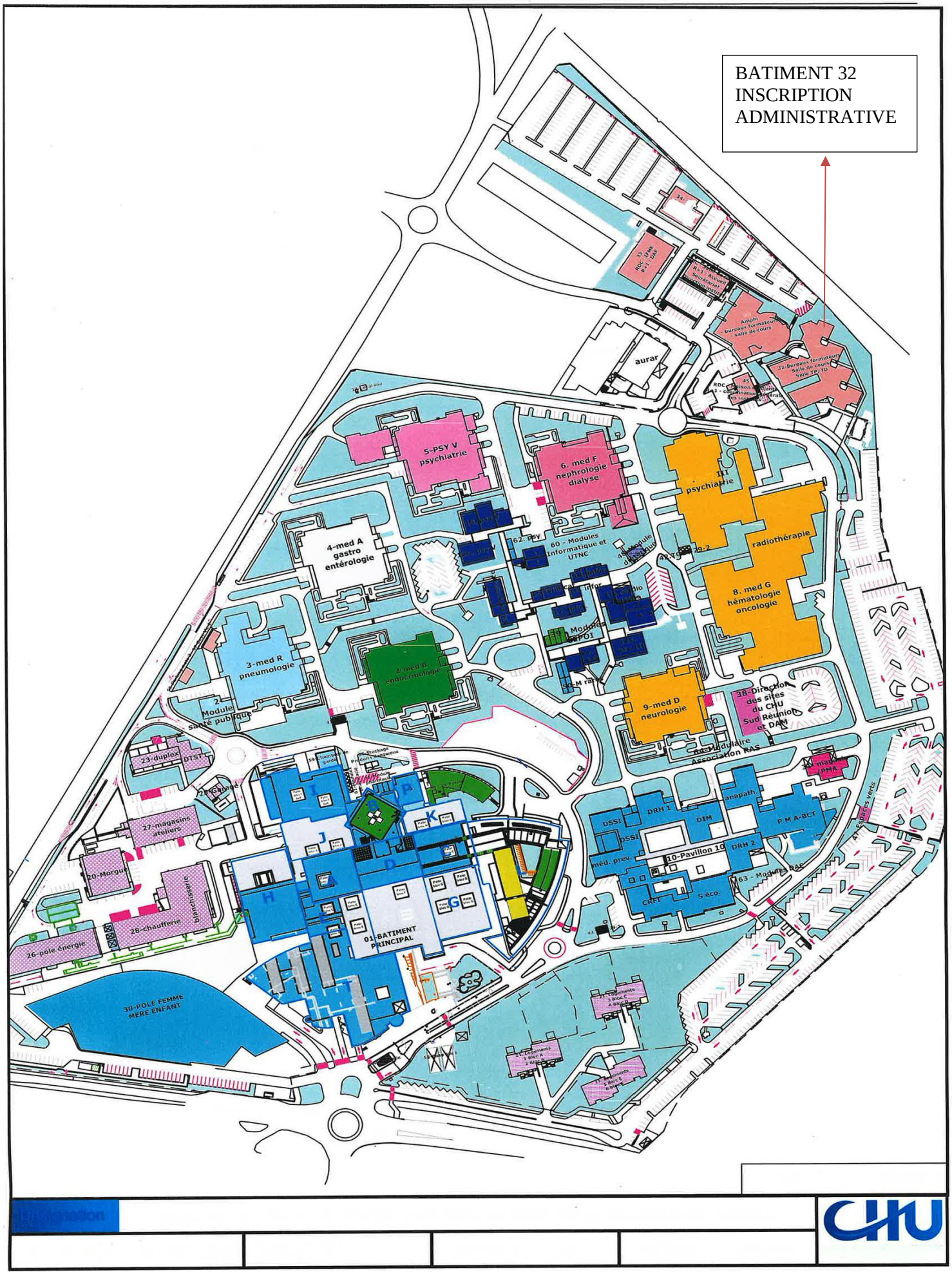
*1 *Fournir votre n° identifiant du pôle emploi avec l'attestation d'inscription + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseillé précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'ambulancier.*

*2 *Effectuer les démarches de prise en charge auprès de l'organisme financeur.*

Document établi pour servir et valoir ce que de droit,

Fait le …./…./…. à ……

Nom – Prénom et signature



« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »