



Cofinancé par
l'Union européenne



CHU
LA REUNION



REGION REUNION
www.regionreunion.com



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Saint-Denis, le 27 mai 2025

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au mardi 17 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



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 réglementation 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



Cofinancé par
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'ambulancier

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

1^{ERE} ETAPE : INSCRIPTION ADMINISTRATIVE **LES 16-17 JUIN 2025 de 7h30 à 11h30**

1°) Inscription administrative :

RDV en présentiel au secrétariat des Instituts d'Etudes en Santé du CHU Nord Bat A (angle ruelle de l'Hôpital et rue Gibert des Molières - 97400 St Denis) pour votre inscription administrative avec les pièces demandées (cf. liste des pièces à fournir) selon les modalités suivantes :

- Le 16/06/2025 de 07h30 à 11h30 : Rang N° 1 à 10
- Le 17/06/2025 de 07h30 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

2^{EME} ETAPE : RENTREE

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

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

A remettre lors de l'inscription administrative

N°	DOCUMENTS ADMINISTRATIF À FOURNIR	Remis
1	Fiche inscription administrative dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)	<input type="checkbox"/>
2	Fiche – Délibération Diplôme d'Etat - Informations administratives obligatoires dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)	<input type="checkbox"/>
3	1 Photocopie de la Carte d'Identité (recto/verso) ou du Passeport en cours de validité	<input type="checkbox"/>
4	2 Photos d'identité (nom et prénom au dos des photos)	<input type="checkbox"/>
5	L'attestation d'engagement pour les professionnels ou si financement perso dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)	<input type="checkbox"/>
6	Attestation « Statut à l'entrée en formation » dûment remplie, datée et signée – (ci-jointe)	<input type="checkbox"/>
7	Si vous êtes inscrit(e) à France Travail fournir : <ul style="list-style-type: none">- n° identifiant avec l'attestation d'inscription- le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseiller précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'ambulancier	<input type="checkbox"/>
8	1 Justificatif d'adresse (facture EDF, CISE à votre nom..., sinon : attestations/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture)	<input type="checkbox"/>
9	1 Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
12	1 Copie et présentation de l'original du permis de conduire	<input type="checkbox"/>
13	Présentation de l'original de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (valide)	<input type="checkbox"/>
14	1 Présentation du Diplôme original (pour les candidats dispensés de l'admissibilité)	<input type="checkbox"/>
15	1 copie de TOUS les Diplômes (ADVF, Baccalauréat, Licence, BTS, ...)	<input type="checkbox"/>
16	1 copie et l'original de l'Attestation aux Gestes et Soins d'Urgence Niv.2 (pour les candidats titulaires de l'AFGSU2)	<input type="checkbox"/>
17	1 RIB avec code IBAN (à votre nom)	<input type="checkbox"/>
18	Si handicap déclaré, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (afin d'adapter la formation à votre situation)	<input type="checkbox"/>
19	Prévoir une carte bancaire pour effectuer le paiement des droits d'inscription d'un montant de 82€	<input type="checkbox"/>

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



Cofinancé par
l'Union européenne



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

CURSUS CONTINU

Collez une photo
d'identité

1^{ère} inscription Redoublant Report de scolarité Autre.....

Dates de rentrée pour la 2^{ème} 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

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi : <input type="radio"/> Indemnisé <input type="radio"/> Non indemnisé N° d'identifiant France Travail : Date d'inscription :/...../..... Agence : <input type="checkbox"/> Étudiant/Elève <input type="checkbox"/> Autre : Précisez.....	Profession d'origine : Employeur Adresse : Tel : Code Postal : Ville :

SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Etudiant/Elève <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi inscrit à France Travail <input type="radio"/> Indemnisé <input type="radio"/> Non indemnisé <input type="checkbox"/> Aucune rémunération* * Les minimas sociaux ne sont pas considérés comme rémunération <input type="checkbox"/> Demande rémunération ASP <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Profession d'origine : Employeur Tél : Adresse : Code Postal : Ville : SIRET employeur : Organisme financeur :

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			
MÈRE			

Permis : OUI NONVéhicule : 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 INFORMATIONSHandicap 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(2^{ème} 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-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



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.



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.



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 Nord 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 conseiller 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