



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Saint-Pierre, le 11 Septembre 2025

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au 29 Septembre 2025 à 14 :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 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+) »



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

AUXILIAIRES AMBULANCIERS



Octobre 2025

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 / stagiaires 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 / élèves / stagiaires 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 stage en fonction des besoins dans la mesure de leur faisabilité eu égard au référentiel de compétences.

A noter :

- Chaque année scolaire, tout étudiant / élève / stagiaire 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 / stagiaires 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 / élève / stagiaire 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 :

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	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
---	--

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



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

AUXILIAIRES AMBULANCIERS



Octobre 2025

Si vous refusez votre affectation, veuillez nous le faire savoir par mail à l'adresse :
virginie.turpin@ies-reunion.fr

ATTENTION

Le candidat classé sur liste principale devra procéder à son inscription administrative auprès du secrétariat de l'Institut, aux dates indiquées ci-dessous, muni des pièces à fournir (liste ci-dessous).

Passé ces dates, le candidat qui n'aura pas procédé à son inscription sera présumé avoir renoncé à son admission et sa place sera proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

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

PIÈCES A FOURNIR AU SECRÉTARIAT DE L'IFA

Le jour de l'inscription :

☐ **Lundi 29 Septembre 2025- de 07h30 à 14h30**

- ☐ Fiche administrative dûment complétée et signée (*document joint*)
- ☐ Attestation de prise en charge dûment complétée et signée (*document joint*)
- ☐ Certificat médical de non contre-indication à la profession (*document joint*)
- ☐ Certificat de vaccination (*document joint*)
- ☐ Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (afin d'adapter la formation à votre situation)
- ☐ Présentation de l'**original** du permis de conduire (hors période probatoire)
- ☐ Présentation de l'**original** de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance en cours de validité (*Carte Jaune*)
- ☐ Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité
- ☐ Si vous êtes inscrit(e) au **Pôle Emploi** fournir n° identifiant avec l'attestation d'inscription + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseiller précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'auxiliaire ambulancier



Cofinancé par
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

☐ Par l'employeur ou organisme financeur

Dans quel cadre (période de professionnalisation, plan formation, CIF ...) :

Je soussigné(e), M., Mme,
Représentant(e) de :

☐ L'entreprise.....

☐ L'organisme financeur

M'engage sur l'honneur à prendre en charge les frais pédagogiques de la formation d'Auxiliaire Ambulancier de Mr, Mme, dispensée par l'Institut de Formation des Ambulanciers du CHU de la Réunion d'un montant de **1950 €**, dès réception du titre de recette, émis par le Trésor Public du CHU de la Réunion Site Félix Guyon. (**Toute formation commencée est due**).

Période de formation : du au

Fait à, le

Signature et cachet de l'employeur ou de l'organisme financeur
avec mention « Bon pour accord »

☐ Par le candidat(e)

Vous vous engagez sur l'honneur à financer personnellement la formation.

Je soussigné(e), M., Mme, candidat(e) pour suivre la formation d'Auxiliaire Ambulancier de 91 heures (dont 21h d'AFGSU2), à l'Institut de Formation des Ambulanciers.

M'engage sur l'honneur à prendre en charge les frais pédagogiques de ma formation à l'Institut de Formation des Ambulanciers d'un montant de **975 €**, dès réception du titre de recette, émis par le Trésor Public du CHU Site Félix Guyon. (**Toute formation commencée est due**).

Période de formation : du au

Fait à, le

Signature du candidat(e)
avec mention « Bon pour accord »



Cofinancé par
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Auxiliaire Ambulancier

Collez une photo
d'identité

Dates de rentrée pour session Octobre 2025 : lundi 06 octobre 2025

☐ Antenne NORD ☐ Antenne SUD

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 minima sociaux ne sont pas considérés comme rémunération	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 ☐ Personnel ☐ Employeur ☐ CPF ☐ Autre (laquelle).....**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 suivre la formation d'Auxiliaire Ambulancier session octobre 2025.

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 du stagiaire

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

Instituts d'Etudes en Santé



CERTIFICAT MEDICAL **MEDECIN AGREE**

Je soussigné(e) Docteur : certifie avoir
examiné ce jour

Mr/Mme Nom : Prénom :

Né(e) le : / ____ / ____ / ____ / à

inscrit(e) à du C.H.U Réunion et atteste
qu'il/elle ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la
profession

Fait à

Le

Signature :

Cachet du Médecin

« 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



Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées pour les étudiants et élèves des professions de santé

Je soussigné, Docteur¹

Adresse :

Téléphone :

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille suivi du nom d'usage + prénom).....

Né(e) le...../...../..... à.....

Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :

- I) **Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.

L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage : ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (J0,J7,J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

Résultats des dosages (OBLIGATOIRES)		Date
Anticorps Anti-HBs	UI / L	
et		
Anticorps Anti-HBc	UI / L	
Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs > 100 UI/L : sujet immunisé. Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : sujet immunisé <u>si vaccination menée à terme (3 injections au total).</u> Si concentration des anticorps Anti-HBs < 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total). Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination. Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.		

Vaccination hépatite B	Date	N° de lot
1 ^{ère} dose :		
2 ^{ème} dose :		
3 ^{ème} dose :		
4 ^{ème} dose :		
5 ^{ème} dose :		
6 ^{ème} dose :		

1

Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

« 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+) »

- 2) **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite** : 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.
Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (obligatoire).

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....		

3) Rougeole, Oreillons, Rubéole :

Personnes nées depuis 1980 : rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

Personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose ROR :		
2ème dose ROR :		

A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :

- 1) Varicelle : Contractée : oui non date :

2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose :		
2ème dose :		

2) Grippe saisonnière :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....		

3) COVID-19 :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose :		
2ème dose :		
3ème dose :		
4ème dose :		

A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :

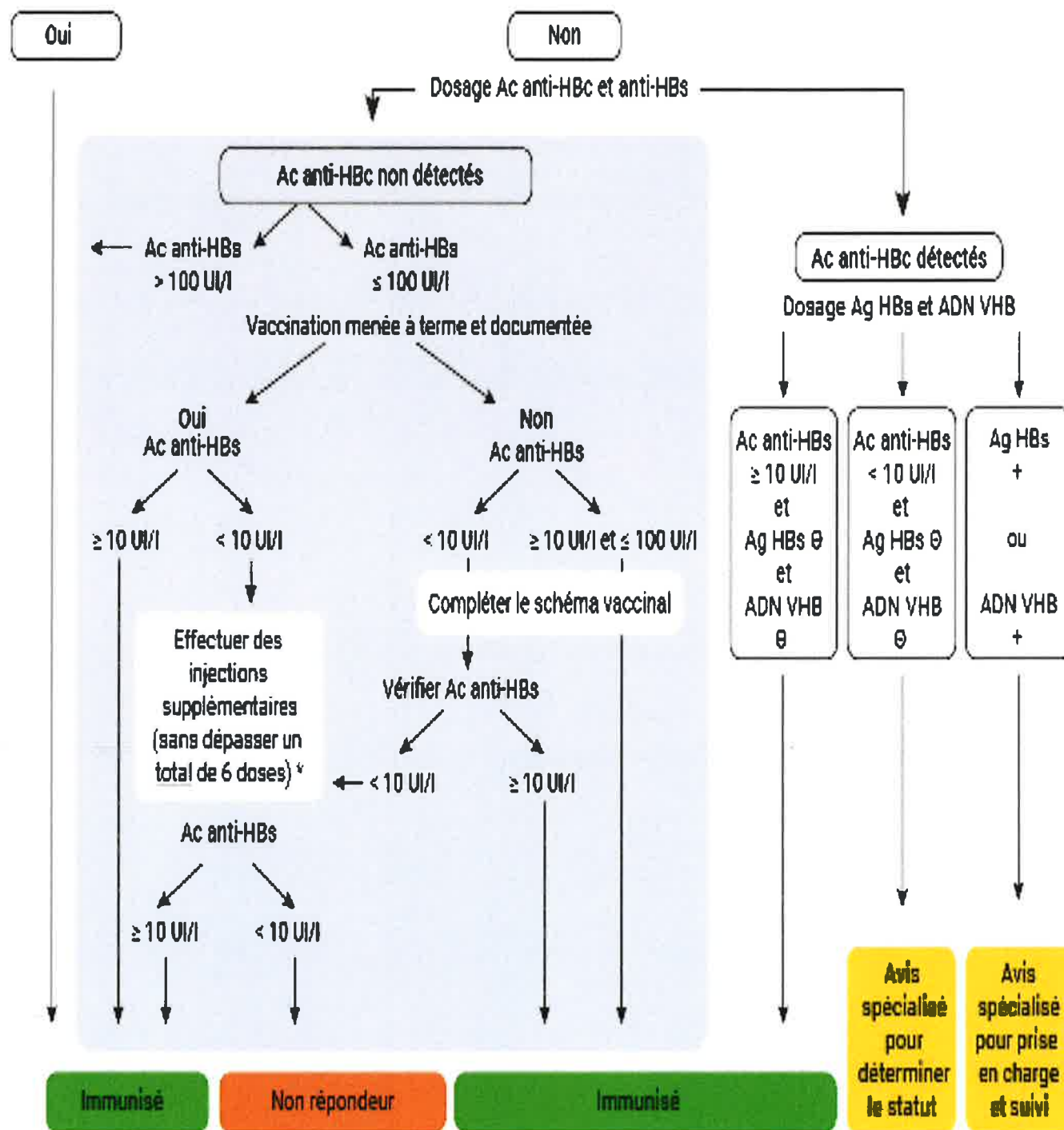
IDR	Date	Résultat
.....		

Fait le/...../.....

Signature et cachet du Médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.