



Cofinancé par
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Saint-Denis, le 26 novembre 2025

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au mardi 11 décembre 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.

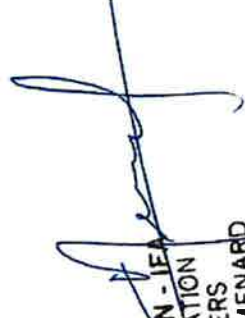
L'IFA fera alors appel au candidat inscrit sur la liste complémentaire en rang utile.

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



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 :

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 Sophie LAUDE - Adjoint administratif Téléphone : 0262 90 51 40 Email : sophie.laude@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 NORD

Jours d'inscription	Adresse d'inscription
Mercredi 10 déc. 2025 - <u>Uniquement le matin</u> de 07h30 à 11h30 (rang 1 à 10) et Jeudi 11 déc. 2025 - <u>Uniquement le matin</u> de 07h30 à 11h30 (rang 11 à 20)	CHU de la Réunion Site Félix Guyon Allée des topazes-CS11021 97400 Saint Denis Tel : 0262 71 75 30 - E mail : secretariatnord@ies-reunion.fr

- ☐ Fiche d'inscription administrative dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)
- ☐ Fiche – Délibération Diplôme d'Etat - Informations administratives obligatoires dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)
- ☐ 1'Attestation d'engagement pour les professionnels dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)
- ☐ 1'Attestation (Statut à l'entrée en formation) dûment remplie, datée et signée – (ci-jointe)
- ☐ Si vous êtes inscrit(e) à **France Travail** 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'ambulancier**;
- ☐ 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 conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité hors période probatoire.**
Si vous êtes titulaire du permis depuis moins de 3 ans et avait fait une conduite accompagnée, vous devez fournir une copie de votre Attestation de Fin de Formation Initiale (AFFI) délivrée par votre auto-école.
(Attention : le permis ne doit pas être affecté par le délai probatoire prévu à l'article R223-1 du code de la route : il doit être délivré depuis plus de 3 ans, ou de 2 ans en cas de conduite accompagnée).
- ☐ 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 2025 (obligatoire) (un avenant peut être demandé auprès de votre compagnie d'assurance qui gère votre contrat multirisque habitation - responsabilité civile)
- ☐ 1 Photocopie de la Carte d'Identité (recto/verso) ou du Passeport en cours de validité
- ☐ 1 Présentation du **Diplôme original** (pour les candidats dispensés de l'admissibilité)
- ☐ 1 copie de **TOUS** les Diplômes (ADVF, Baccalauréat, Licence, BTS, ...)
- ☐ **1 RIB avec code IBAN** (à votre nom)
- ☐ Prévoir une carte bancaire pour effectuer le paiement des droits d'inscription d'un montant de 82€ (règlement **UNIQUEMENT** par carte bancaire).



Cofinancé par
l'Union européenne



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

IFA NORD : DEA CURSUS CONTINU

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

Dates de rentrée pour la 1^{ère} session 2026 : Lundi 26 janvier 2026

Collez une photo
d'identité

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)

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) : @

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

☐ Sans activité	☐ En activité
☐ Demandeur d'emploi ☐ Étudiant... ☐ Indemnisé ☐ Non indemnisé N° d'identifiant : Date d'inscription : .../.../.... Agence :	Profession : Employeur Tel :

SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

☐ Sans activité	☐ En activité
☐ Demandeur d'emploi ☐ Étudiant... ☐ Indemnisé ☐ 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	PRENOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Enfant : ☐ OUI *si oui, nombre.....* ☐ NON

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MÈRE			
CONJOINT(E)			

Permis : ☐ OUI ☐ NON

Véhicule : ☐ Néant ☐ Voiture ☐ Motocyclette >=50cm3 ☐ VéloMOTEUR – Scooter <50cm3 Modèle :

..... Immatriculation :

FINANCIER

Rémunération pendant la formation :

☐ France Travail ☐ Employeur ☐ CIF ☐ Bourse Régionale ☐ ASP ☐ Aucune rémunération ☐ Autre (laquelle).....

Prise en charge des frais de scolarité :

☐ Conseil Régional ☐ Paiement personnel ☐ Employeur ☐ CPF ☐ OPCA ☐ Transition Pro ☐ Autre (laquelle).....

COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM

IBAN :

BIC :

AUTRES INFORMATIONS

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 la 1^{ère} session du cursus continu de l'année 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**

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 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



Cofinancé par
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Promotion : Janvier 2026

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 les frais pédagogiques à l'Institut de Formation des Ambulanciers s'élevant à

6300€ (tarif professionnel) auprès du Trésor Public 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 : Janvier 2026

Attestation d'engagement

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

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, _____
salarié dans la société/entreprise _____

M'engage à régler personnellement les frais pédagogiques à l'Institut de Formation des Ambulanciers
s'élevant à **3 150 €** auprès du Trésor Public 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, M. admis à la formation préparant au Diplôme
d'Etat d'Ambulancier à l'IFA Nord du Centre Hospitalier de La Réunion – **Session Janvier 2026 (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 de France Travail 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

