

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au 24 Mars 2026 à 12 :00

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



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

AUXILIAIRES AMBULANCIERS



Saint Pierre le 03/03/2026

Avril 2026

Cher(e) candidat(e),

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

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 à suivre la formation et les stages inhérents à la formation et **dont les vaccinations sont à jour.**
- 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 étudiant/élève (via un mail d'inscription) évaluant les compétences socles nécessaires à l'entrée en formation. Des ateliers de mise à niveaux seront programmés une semaine avant la rentrée universitaire en juillet 2026, chaque étudiant/élève étant invité à s'y inscrire au regard de ses résultats auprès du correspondant « aide à la réussite » : reussite@ies-reunion.fr

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 universitaire, 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	Site des IES Nord
Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur	Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur
Téléphone : 0262 35 59 98	Téléphone : 0262 71 75 59
Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr	Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr
Sabine DIJOUX - Adjoint administratif	Sophie LAUDE - Adjoint administratif
Téléphone : 0262 35 95 70	Téléphone : 0262 90 51 97
Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr	Email : sophie.laude@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

« 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



Saint Pierre le 03/03/2026

Avril 2026

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

Les jours d'inscription :

☐ **Mardi 24 Mars 2026-Uniquement le matin de 08h00 à 12h00**

- ☐ 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)
- ☐ Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité
- ☐ 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 **vos souhaits d'entreprendre une formation d'auxiliaire ambulancier**
- ☐ 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*)



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 »

« 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



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Auxiliaire Ambulancier

Collez une photo
d'identité

Dates de rentrée pour session Avril 2026 : Lundi 13 Avril 2026

Période de formation : du 13/04/2026 au 30/04/2026

☐ 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 :
 Email (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	Profession d'origine : Employeur Tél : Adresse : Code Postal : Ville : SIRET employeur : Organisme financeur :

NIVEAU SCOLAIRE

DATE	DIPLOME	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 avril 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 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 de l'ARS**

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



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...../...../..... A.....

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 (JO,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
et	Anticorps Anti-HBs UI / L	
	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 :		

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
.....		

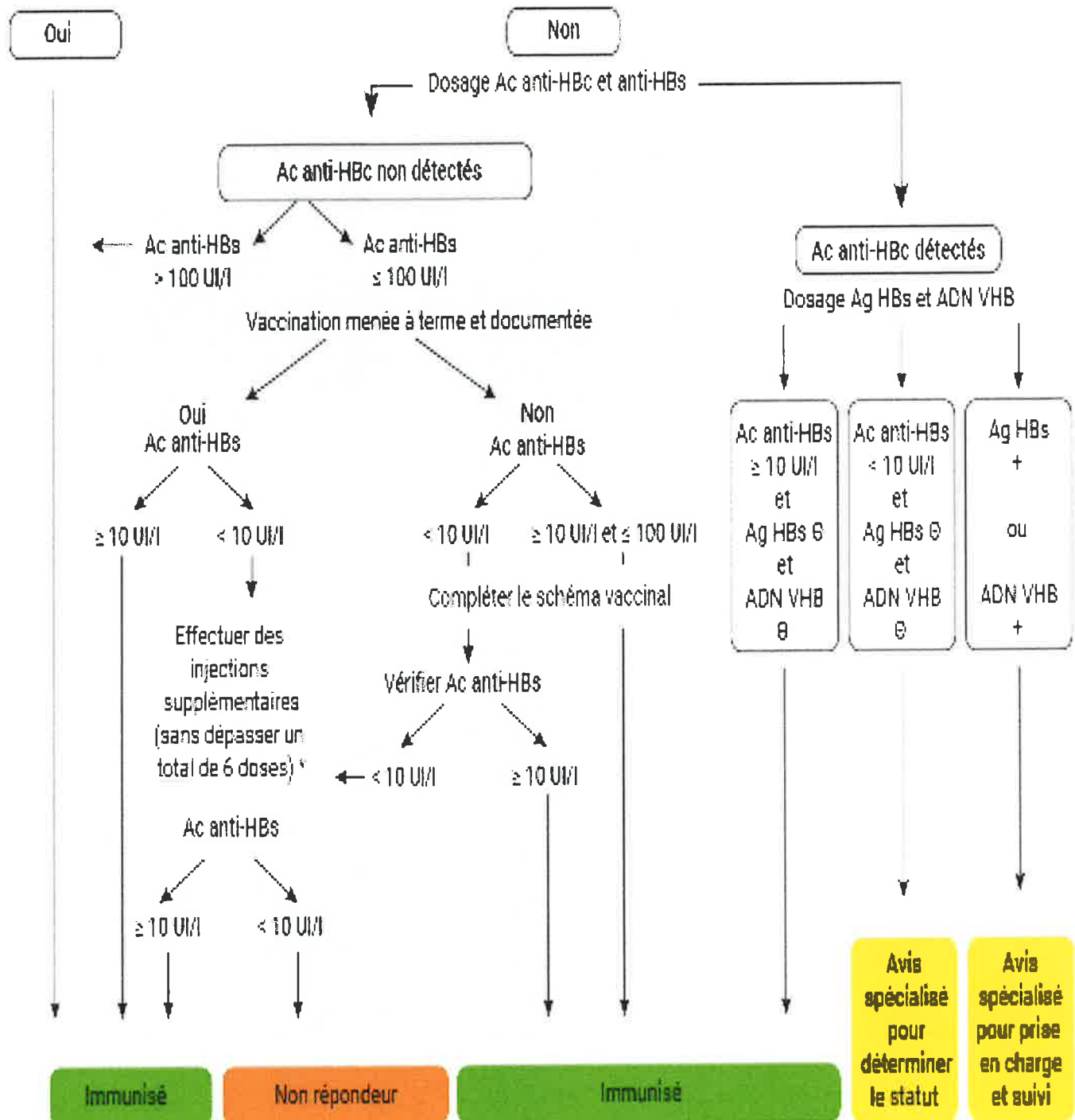
Fait le/...../.....

Signature et cachet du Médecin

« 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+) »

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.