



Cofinancé par
l'Union européenne



CHU DE LA RÉUNION
INSTITUT DE FORMATION
DES AMBULANCIERS



REGION REUNION
www.regionreunion.com



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Saint-Pierre, le 26 mai 2026

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au Mercredi 24 juin 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 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 à l'un des Instituts de Formation des IES du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

ETABLISSEMENT HANDI-ACCUEILLANT



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 de ses études.

En cas de situation de handicap intervenant en cours de scolarité, l'étudiant/élève concerné prend également contact avec les référents handicap afin d'analyser la situation et les modalités d'accompagnement envisageables.

Une commission statuera sur chaque situation individuelle avec bienveillance et les décisions concernant les mesures d'aménagement / accompagnement seront transmises à chaque étudiant concerné par décision administrative du directeur d'institut.

Contacts et coordonnées des référents handicaps

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

Sophie LAUDE - Adjoint administratif

Téléphone : 0262 90 51 97

Email : sophie.laude@ies-reunion.fr

Pour les étudiants en études promotionnelles du CHU, le référent handicap de l'établissement pourra être sollicité :

Mme Magalie CHETTIAR

Téléphone : 0262 90 59 19 - Email : referent.handicap@chu-reunion.fr

DISPOSITIF D'AIDE A LA REUSSITE au sein des Instituts d'Études en Santé du CHU de La Réunion

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.

Chaque candidat ayant été admis en formation en santé au sein de nos Instituts, quelle que soit la filière, bénéficiera du dispositif d'aide à la réussite mis en œuvre. Ce dispositif est organisé comme suit :

1. Dès la confirmation de votre admission à l'institut, un test de positionnement vous sera adressé sur votre messagerie @ies-reunion.fr. Ce test vous permet de situer vos compétences socles par rapport aux attendus à l'entrée en formation.
2. Environ 2 semaines avant la rentrée, des ateliers de mise à niveau seront organisés. Chaque étudiant / élève peut s'y inscrire au regard de ses résultats. Il devra s'inscrire auprès du référent « aide à la réussite » via le mail : reussite@ies-reunion.fr
3. Des séances d'accompagnement et de renforcement, sur chaque compétence socle, sont proposées tout au long de la formation.

Espérant que ce dispositif vous apporte toutes les clés pour vous accompagner à la réussite de votre projet.

INSCRIPTION A L'INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Si vous acceptez ou refusez votre affectation, veuillez-nous le faire savoir en validant votre choix sur

MySelect

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 sur MySelect, passé ce délai, le candidat est réputé avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

Le Mardi 23 et Mercredi 24 Juin 2026 selon la programmation qui vous sera transmise par mail

Vous devez vous présenter obligatoirement dans les services suivants :

- **DTST** (muni de votre carte grise pour l'attribution d'un Badge d'accès du CHU et du self)
- **BLANCHISSERIE** (pour la mesure des tenues professionnelles du CHU)
- **Secrétariat Vie de l'Etudiante (SeVE)** (pour l'inscription)

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

PIÈCES A FOURNIR AU SECRÉTARIAT DE L'IFA

Les jours et adresse d'inscription :

Candidats IFA SUD

Mardi 23 juin 2026 - Uniquement le matin de 08h00 à 12h00 dans la 11e
Et

Mercredi 24 juin 2026 - Uniquement le matin de 08h00 à 12h00 dans la 2e

IFA CHU SUD Réunion Rue des roches 97410 Saint Pierre

Tel : 0262 35 95 97

- email : virginie.turpin@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)*
- Si vous êtes inscrit(e) à **France Travail** fournir n° **identifiant avec l'attestation des périodes d'inscription** + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseille 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
- 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 2026 **(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 le jour de la rentrée)*



Cofinancé par
l'Union européenne

Instituts d'Etudes en Santé



Instituts de formation d'ambulancier



FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

IFA SUD : DEA CURSUS CONTINU

Collez une photo
d'identité

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

Dates de rentrée pour la 2^{ème} session 2026 : Lundi 20 juillet 2026

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(e) Veuf(ve)
Nationalité : Française Autre :

GÉNÉRAL

N° SS -

RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone fixe :
Email1 (attribué par l'institut le jour de la rentrée) @ies-reunion.fr
Email2 (perso à renseigner) :@.....

SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	Profession :
<input type="checkbox"/> Indemnisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employeur Tel :
N° d'identifiant :	Adresse Entreprise :
Date d'inscription : .../.../...	Code Postal : Ville :
Agence :	
<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	

SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION (JOUR J DE LA RENTREE)

<input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> En activité
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	Profession :
Indemnisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employeur Tel :
Si oui vous percevez :	Adresse Entreprise :
<input type="checkbox"/> ARE	Code Postal : Ville :
<input type="checkbox"/> RSA	
<input type="checkbox"/> Autre allocation :	
<input type="checkbox"/> Demande d'ASP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

NIVEAU SCOLAIRE :

DATE	DIPLÔME	SERIE	MENTION

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

DATE	METIER	EMPLOYEUR

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :

DATE	FORMATION	INSTITUTS

INFO. COMPLÉMENTAIRES

Enfant : OUI *si oui, nombre* NON

Conjoint(e) : Nom /Prénom..... Profession :

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

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN PARENTÉ

Catégorie socio-professionnelle de vos parents :

	PROFESSION
PÈRE	
MÈRE	

Transport :

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 CIF 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 : 080000262 – Email : mdph974@mdph.re

Je soussigné(e), (Nom/Prénom)

Certifie sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements communiqués confirme mon acceptation pour intégrer l'IFA SUD du CHU de la Réunion pour la 2eme session du cursus continu de l'année 2026.

Je m'engage à répondre à toutes les 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-Pierre, 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 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 : Juillet 2026

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 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.