

Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au 23 septembre 2026 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.

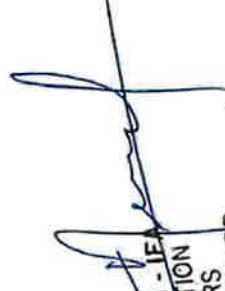
L'IFA fera alors appel au candidat inscrit sur la liste complémentaire en rang utile.

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 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 2026



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'Etudes 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 **référént « 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.

« 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



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

AUXILIAIRES AMBULANCIERS

Octobre 2026



Si vous refusez votre affectation, veuillez-nous le faire savoir par mail à l'adresse :
secretariatnord@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 22 Septembre 2026-Uniquement le matin de 07h30 à 11h30**
et
- ☐ **Mercredi 23 Septembre 2026-Uniquement le matin de 07h30 à 11h30**
- ☐ 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*)
- ☐ 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) 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'auxiliaire ambulancier**

INFORMATION

Dans le cadre de votre futur exercice professionnel, nous vous informons qu'il est important d'**anticiper la mise à jour de vos vaccinations**, notamment celles relatives à l'**hépatite B** et **DTCP** (*diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio*)

« 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



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+) »

☐ Sans activité	☐ En activité
☐ Demandeur d'emploi inscrit à France Travail Indemnisé(e) : ☐ Oui ☐ Non Si oui vous percevez : ☐ ARE ☐ RSA ☐ Autre allocation :	Profession : 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

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

Conjoint(e) : Nom/Prénom Profession

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

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN PARENTÉ

Catégorie socio-professionnelle de vos parents

	NOM	PRENOM	PROFESSION
PÈRE			
MÈRE			

Transport :

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 :

☐ France Travail ☐ Personnel ☐ Employeur ☐ CPF ☐ Autre (laquelle).....

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 suivre la formation d'Auxiliaire Ambulancier session octobre 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-Denis, 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**



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