

## FICHE D'INSCRIPTION : CONCOURS DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

Ouverture des inscriptions : 01/07/2024 / Nombre de places ouvertes : 45

<p><b>Pré-rentrée :</b> <b>10 janvier 2025</b></p> <p><b>Date de session :</b> <b>Du 13 janvier au 27 juin 2025</b> <b>(Sous réserve de modification)</b></p>	<p><b>CLOTURE DES INSCRIPTIONS :</b>  <b>Non titulaires Titre 4 ou Titre 3 Secteur Sanitaire et Social : 21/11/2024</b>  <b>Titulaires Titre 4 ou Titre 3 Secteur Sanitaire et Social : 27/11/2024</b></p>	
	<p><b>ADMISSIBILITE (Dossier)</b>  <b>AFFICHAGE RESULTATS :</b>  <b>27/11/2024 à 15h00</b></p>	<p><b>EPREUVES ADMISSION (oral) :</b>  <b>06/12/2024</b>  <b>AFFICHAGE RESULTATS :</b>  <b>09/12/2024 à 15h00</b></p>
	<p><b>STAGE D'OBSERVATION 70H à valider avant le 05/12/2024</b>  <i>(Il doit être réaliser <b>de façon continue sur un seul lieu de stage</b>)</i></p>	

M., Mme Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel : ..... Portable : .....

Mail : **(obligatoire)** .....

- Diplômes scolaires obtenus (si BAC précisez la série)? .....

*(Afin de bénéficier d'allègement de scolarité (cf. Programme de la formation), joindre les copies des diplômes obtenus)*

- Diplômes de secourisme :  PSC1  AFGSU1  AFGSU2  PSE1  PSE2  Autres : .....

- Situation de famille\* : Célibataire / Marié / Divorcé / Autre ..... Nombre d'enfants .....

- Situation professionnelle avant l'entrée en formation : .....

- Demandeur d'emploi : OUI\* NON\*

Si OUI, depuis le ..... Indemnisé : OUI\* NON\*

Numéro d'identifiant Pôle emploi : .....

- Avez-vous exercé en tant qu'auxiliaire ou conducteur ambulancier ? OUI\* NON\*

Si OUI, depuis combien de mois à temps plein ? .....

- Vous concernant, identifiez-vous un besoin d'adaptation particulier ? (Adaptation des supports, du matériel, de la durée de l'examen, du rythme de la formation...) OUI\* NON\*

Si oui, lequel / lesquelles : .....

- Vous avez déjà initié des démarches concernant le financement de votre formation : OUI\* NON\*

Prise en charge de la formation :

<input type="checkbox"/> Moi-même  <input type="checkbox"/> Compte personnel de formation	<input type="checkbox"/> Entreprise Raison sociale : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : .....	<input type="checkbox"/> Un organisme Raison sociale : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : .....
---	--	--

\* encadrez la réponse utile

**FORMA SANTE**

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest

9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62

[ifabr@formasante.fr](mailto:ifabr@formasante.fr)

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073

## Constitution du dossier d'inscription

**NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX !  
LES PHOTOCOPIES DOIVENT ÊTRE LISIBLES**

### Pièces obligatoires pour tous les candidats :

- Fiche d'inscription recto verso dûment **complétées, datées et signées** par le candidat.
- Photocopie recto-verso de la carte d'identité en **cours de validité**.
- Photocopie **recto-verso** du permis de conduire (**les 3 volets**) conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité (**hors période probatoire** : délivré depuis plus de 3 ans ou 2 ans si conduite accompagnée).
- Photocopie** (ne pas joindre l'original) de **l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires**. (visite médicale à effectuer auprès du médecin traitant avant la visite de non contre-indications à la profession d'ambulancier auprès du médecin agréé ARS). ***La vaccination contre la COVID n'est plus obligatoire, cependant pour les étudiants et professionnels de santé, il est recommandé d'être immunisé contre la COVID-19 (certains lieux de stage l'exigent).***
- Photocopie** (ne pas joindre l'original) de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance **Cerfa 14880\*02** établie par un **médecin agréé Préfecture**. **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant.**
- Photocopie** (ne pas joindre l'original) certificat de non-contre-indications à la profession d'ambulancier **établi par un médecin agréé ARS**. **Ce médecin ne doit pas être votre médecin traitant.**
- Photocopie de la carte vitale ou attestation de l'organisme de protection sociale (moins de 6 mois).
- Charte de protection de vos données personnelles **signée**.
- Chèque de **150,00 €**, à l'ordre de « Forma Santé – IFA de Brest », correspondant aux frais d'admission et de concours (**non remboursés en cas d'échec ou de désistement**)
- 2 photos d'identité récentes (**noter votre nom et votre prénom au dos de chaque photo**)
- 2 enveloppes A5 (16.2cm x 22.9cm) et 1 enveloppe format A4 (22,9 x 32,4 cm) **libellées à vos nom et adresse** et 6 timbres à 20g

### Pour les candidats présentant un dossier d'admissibilité

**(UNIQUEMENT pour les candidats NON TITULAIRE d'un titre 4 (BAC ou équivalent) tous domaines confondus ou Titre 3 (BEP CAP) du Secteur Sanitaire et Social)**

- Une lettre de motivation **manuscrite** ;
- Un curriculum vitae ;
- Un document **manuscrit** relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation figurant dans le descriptif du concours. **Ce document n'excède pas deux pages** (cf : 2. DEA - Descriptif détaillé du concours et programme de la formation) ;

**FORMA SANTE**

Institut de Formation d'Ambulanciers Brest

9 rue de Vendée – 29200 BREST

Tél : 02 98 41 75 74 - Fax : 02 98 41 72 62

[ifabr@formasante.fr](mailto:ifabr@formasante.fr)

APE : 8559A - N° SIRET : 42030962700073

**Selon votre situation : à fournir en complément :**

- L'attestation de suivi de stage d'observation de 70h (cette attestation doit nous parvenir au plus tard le jour de l'épreuve d'admission)
- Photocopie des diplômes (BAC ou diplôme supérieur) ou titres traduits en français.
- Eventuellement, la copie des relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française.
- Les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- Eventuellement, un justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier.

**Pour les ambulanciers ayant exercé un mois au minimum en continu ou en discontinu ou 1 an en continue durant les 3 dernières années :**

- Pour les détenteurs de l'attestation « **Auxiliaire ambulancier** » nous fournir une copie de l'attestation ainsi qu'une copie de l'**AFGSU2**.
- Attestation de l'employeur ou, à défaut, tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel.

**Publication des résultats sur internet :**

- J'accepte que mon identité (nom et prénom) paraisse à la publication des résultats sur internet**
- Je n'accepte pas que mon identité (nom et prénom) paraisse à la publication des résultats sur internet**  
Dans le cas d'un refus, merci de compléter la note relative à la publication des résultats du concours sur internet (cf : document 12)

**ATTENTION : En l'absence de réponse, les résultats seront publiés sur internet.**

**Je certifie les documents photocopiés conformes aux originaux que je détiens**

**J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes**

Fait à ....., le .....SIGNATURE

**A réception de votre dossier complet, vous pourrez alors être convoqué pour les épreuves d'admission du concours d'entrée (sauf si dispense). L'attestation de validation de stage est à nous retourner avant la fin des épreuves d'admission (sauf si dispense). Un modèle de convention de stage est à disposition sur notre site internet : [www.formasante.fr](http://www.formasante.fr)**