

**DOSSIER D'INSCRIPTION :  
DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER  
PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE**

**Date des sessions :**

**QUIMPER : du 02 décembre 2024 au 23 janvier 2026**

**BREST : du 10 février 2025 au 27 mars 2026**

**Clôture des inscriptions :**

**QUIMPER : 20 novembre 2024**

**BREST : 27 janvier 2025**

La formation au Diplôme d'Etat d'ambulancier est définie par l'arrêté du 11 avril 2022. L'ensemble de la formation comprend 23 semaines, soit 801 heures d'enseignement :

- **Enseignement en institut de formation : 16 semaines, soit 556 heures**
- **Enseignement en stage clinique et en stage en entreprise : 7 semaines, soit 245 heures.**

Pour être admis en formation conduisant au DEA par la voie de l'apprentissage, le candidat doit :

- Avoir été sélectionné à l'issue d'un **entretien** avec un employeur
- Fournir l'ensemble des **pièces administratives** (ci-dessous)
- Avoir fourni au centre de formation avant la date de clôture des inscriptions, un **contrat d'apprentissage signé** avec l'employeur.

*Sans preuve de signature de contrat d'apprentissage, le candidat ne pourra pas se présenter à la formation du DEA par la voie de l'apprentissage. (Cf Article 15 de l'arrêté du 11 avril 2022) et est donc soumis au processus de sélection défini à l'article 5 de l'arrêté du 11 avril 2022.*

Les candidats à la formation DEA par la voie de l'apprentissage doivent :

- Être titulaire de l'attestation **PSC1** ou de l'attestation **d'auxiliaire ambulancier**
- Ne plus être en période probatoire du permis de conduire
- Être âgé de **moins de 30 ans** au début du contrat d'apprentissage ou sans limite d'âge pour les personnes **reconnues travailleur handicapé** ou inscrites en tant que sportif de haut niveau.

## **Liens Informations Apprentissage :**

- OPCO MOBILITE : [Le contrat d'apprentissage | OPCO Mobilités \(opcomobilites.fr\)](#)
- LE PORTAIL DE L'ALTERNANCE : [Accueil | Le Portail de l'Alternance \(emploi.gouv.fr\)](#)
- CERFA CONTRAT APPRENTISSAGE : [Établir un contrat d'apprentissage \(Formulaire 10103\\*10\) | Service-public.fr](#)

## FICHE D'INSCRIPTION

### LIEU DE FORMATION : (cocher une case)

**BREST**

**QUIMPER**

M., Mme, Mlle Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Adresse : .....

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

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

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

Permis de conduire obtenu le : ..... Fin de période probatoire le : .....

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

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

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

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

Etes-vous titulaire de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier ? OUI\* NON\*

Si oui, depuis le .....

Etes-vous titulaire de l'attestation de PSC1 ? OUI\* NON\*

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, lesquelles :

**CONTRAT D'APPRENTISSAGE SIGNE :**

**OUI\*    NON\***

**Date signature :** .....

**ENTREPRISE D'APPRENTISSAGE :**

**Raison Sociale :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Nom Responsable :** .....

**Mail :** .....

**Téléphone :** .....

\* encadrez la réponse utile

## Constitution du dossier d'inscription :

**NE PAS JOINDRE LES DOCUMENTS ORIGINAUX !**

LES PHOTOCOPIES DOIVENT ÊTRE LISIBLES

### Pièces obligatoires :

- Fiche d'inscription** recto verso dûment **complétées, datées et signées** par le candidat.
- Photocopie du contrat d'apprentissage signé** ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (attestation de l'entreprise)
- Une lettre de motivation avec description du projet professionnel ;**
- Un curriculum vitae ;**
- Photocopie des diplômes
- Une copie de l'**attestation « Auxiliaire ambulancier »** ou du **PSC1**
- Une attestation de **reconnaissance de travail handicapé (RQTH)** pour les personnes de 30 ans et plus
- Une copie de l'**AFGSU2** pour les personnes concernées
- Photocopie **recto-verso de la carte d'identité** en cours de validité.
- Photocopie **recto-verso** du permis de conduire 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).
- Charte de protection de vos données personnelles complétée et signée
- 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)
- 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.**  
(Les démarches auprès de la préfecture ou sous-préfecture du département de résidence du candidat seront à effectuer par le candidat).
- 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).
- 1 photos d'identité récentes (**noter votre nom et votre prénom au dos de chaque photo**)
- 1 enveloppe A5 (16.2cm x 22.9cm) et 1 enveloppe format A4 (22,9 x 32,4 cm) **libellées à vos noms et adresse** et 4 timbres à 20g

**L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription par retour du dossier complet**

- 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 :

## CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE FORMA SANTE

### OBJET ET CHAMP D'APPLICATION :

Toute commande de formation implique l'acceptation sans réserve par l'acheteur et son adhésion pleine et entière aux présentes conditions générales de vente qui prévalent sur tout autre document de l'acheteur, et notamment sur toutes conditions générales d'achat.

### I. FORMATIONS INTRA-ENTREPRISE

#### I.1. Définition :

Formation réalisée sur mesure pour le compte d'un Client ou d'un groupe de clients généralement exécutée dans les locaux du client.

#### I.2. Documents contractuels :

Pour chaque formation intra-entreprise acceptée, une convention de formation professionnelle continue établie selon les textes en vigueur est adressée au client en deux exemplaires dont un est à nous retourner, au plus tôt et obligatoirement avant le début de la formation, signé et revêtu du cachet de l'établissement ou de l'entreprise.

La facture est adressée à l'issue de la formation ou du premier module de la formation.

Une attestation de présence est adressée au client après chaque formation. Sur demande elle peut être fournie après chaque module.

#### I.3. Prix et conditions de règlement :

Forma Santé n'est pas assujéti à la TVA.  
Tous nos prix sont indiqués nets de toutes taxes et ne peuvent pas donner lieu à une récupération de TVA.

Le règlement du prix de la formation est à effectuer à réception de la facture, comptant et sans escompte à l'ordre de Forma Santé.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à une fois et demi le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €uros.

Ces pénalités sont exigibles de plein droit, dès réception de l'avis informant le Client qu'elles ont été portées à son débit. L'acquiescement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

#### I.4. Conditions d'annulation et de report :

L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler une formation, de modifier le choix des animateurs, si des circonstances indépendantes de sa volonté l'y obligent et ce sans indemnités.  
Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit.

Une annulation signifiée moins de dix jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 30% du coût total de la formation.

Si l'action de formation est reportée dans un délai de 6 mois, cette somme sera portée au crédit du Client sous forme d'avoir imputable sur la formation future.

#### I.5. Obligations du client :

Le Client s'engage à proposer une salle de formation conforme à la réglementation en vigueur d'accueil du public.

#### I.6. Obligations du stagiaire :

Le stagiaire reste soumis au pouvoir de discipline de l'employeur.

### II. FORMATIONS INTER-ENTREPRISES

#### II.1. Définition :

Formation sur catalogue réalisée dans nos locaux ou dans des locaux mis à disposition par Forma Santé.

#### II.2. Documents contractuels :

Le bulletin d'inscription est envoyé par le client par courrier, par mail, par fax ou par le biais du site.

Une confirmation d'inscription est adressée par Forma Santé qui décidera, en fonction du nombre d'inscriptions, de mettre en place la formation.

Pour chaque formation inter-entreprises mise en place, une convention de formation professionnelle continue établie selon les textes en vigueur est adressée au client en deux exemplaires dont un est à nous retourner, au plus tôt et obligatoirement avant le début de la formation, signé et revêtu du cachet de l'établissement ou de l'entreprise.

Lorsqu'une personne physique entreprend une formation à titre individuel et à ses frais, le contrat est réputé formé par la seule signature de la convention de formation. Cette convention est soumise aux dispositions des articles L6353-3 à L6353-7 du Code du travail.

La facture est adressée à l'issue de la formation ou du premier module de la formation.

Une attestation de présence est adressée au client après chaque formation. Sur demande elle peut être fournie après chaque module.

#### II.3. Prix et conditions de règlement :

Forma Santé n'est pas assujéti à la TVA.  
Tous nos prix sont indiqués nets de toutes taxes et ne peuvent pas donner lieu à une récupération de TVA. Ils incluent le repas de midi sauf avis contraire exprimé à l'inscription.

Toute formation commencée est due en intégralité.

Le règlement du prix de la formation est à effectuer à réception de la facture, comptant et sans escompte à l'ordre de Forma Santé.

Toute somme non payée à l'échéance pourra donner lieu au paiement par le Client de pénalités de retard calculées à une fois et demi le taux de l'intérêt légal en vigueur.

Tout retard de paiement entraîne l'exigibilité d'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 €uros.

Ces pénalités sont exigibles de plein droit, dès réception de l'avis informant le Client qu'elles ont été portées à son débit. L'acquiescement de ces pénalités ne peut en aucun cas être imputé sur le montant de la participation au développement de la Formation Professionnelle.

#### II.4. Remplacement d'un participant :

Forma Santé offre la possibilité de remplacer un participant par un autre participant ayant le même profil et les mêmes besoins en formation. Le remplacement d'un participant est toujours possible sans indemnités.

#### II.5. Conditions d'annulation et de report :

Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant pour assurer le bon déroulement de la session de formation, Forma Santé se réserve la possibilité d'ajourner la formation au plus tard une semaine avant la date prévue et ce, sans indemnités.

Toute annulation par le Client doit être communiquée par écrit. Une annulation signifiée moins de dix jours calendaires avant le début de la formation entraînera une facturation de 50% du coût total de la formation.

Si l'action de formation est annulée et reportée dans un délai de 6 mois, cette somme sera portée au crédit du Client sous forme d'avoir imputable sur la formation future.

#### II.6. Obligations du stagiaire :

Le stagiaire doit respecter le règlement intérieur de l'organisme de formation. Ce dernier est consultable sur le site de Forma Santé ou auprès du secrétariat des stages inter-entreprises

### III. DISPOSITIONS COMMUNES INTRA ET INTER

#### III.1. Informatique et libertés

En tant que responsables du traitement de vos données personnelles, les différentes structures du groupe Avenir Santé Formation s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles transmises, et ce dans le respect des dispositions légales en vigueur. Le détail de ces principes et actions visant au respect de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel sont décrites dans la charte de protection des données personnelles du groupe, disponible sur le site internet de chacune de ses entités. Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles, chaque personne bénéficie d'un droit d'accès, d'édiction des directives anticipées, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation aux traitements de données la concernant. Ces droits peuvent être exercés en nous contactant via l'adresse mail : [rgpd@avenirsanteformation.fr](mailto:rgpd@avenirsanteformation.fr). Pour en faciliter le traitement, la personne est invitée à préciser dans sa demande son nom, son prénom, son adresse mail, sa qualité (stagiaire, client, formateur, salarié...), son établissement (si stagiaire ou client), la structure du groupe avec laquelle il est en contact et toutes informations jugées utiles par ses soins. Le groupe Avenir Santé Formation s'engage à adresser une réponse dans un délai maximum d'un mois à compter de la date d'exercice de ce droit. A défaut, il est possible de saisir les autorités compétentes et d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Le Client s'engage à informer chaque Stagiaire de ses droits.

#### III.2. Renonciation

Le fait pour Forma Santé de ne pas se prévaloir à un moment donné de l'une quelconque des clauses des présentes, ne peut valoir renonciation à se prévaloir ultérieurement de ces mêmes clauses.

#### III.3. Loi applicable

Les Conditions Générales et tous les rapports entre Forma Santé et ses Clients relèvent de la Loi française.

#### III-3bis Engagement de non-réutilisation

Par la signature de la présente convention, le Client s'engage pour lui-même, ses agents, employés, collaborateurs, préposés, prestataires, conseils et tous autres tiers en lien avec lui, à n'utiliser ni ne transmettre à toute personne physique ou morale sans l'autorisation expresse et écrite préalable de Forma Santé, aucun des éléments dont il aura pu avoir connaissance, sous quelque format que ce soit, dans le cadre du déploiement de l'action de formation objet de la présente convention. En particulier, et sauf accord express intervenu entre le Client et Forma Santé, le Client s'interdit d'inclure dans les groupes de formation des stagiaires dont le rôle présent ou à venir serait de mettre en œuvre, à partir des éléments acquis lors de la formation, une démultiplication de tout ou partie de cette même formation auprès d'un public plus large.

La mise en œuvre d'une telle démarche constituerait une contravention aux droits de propriété intellectuelle de Forma Santé, de ses préposés ou de ses prestataires, et passible de poursuites, conformément aux Lois et Règlements en vigueur.

#### III.4. Attribution de compétences

Tous litiges qui ne pourraient être réglés à l'amiable seront de la COMPÉTENCE EXCLUSIVE DU TRIBUNAL DE COMMERCE DE PARIS quel que soit le siège ou la résidence du Client, nonobstant pluralité de défendeurs ou appel en garantie. Cette clause attributive de compétence ne s'appliquera pas au cas de litige avec un Client non professionnel pour lequel les règles légales de compétence matérielle et géographique s'appliqueront. La présente clause est stipulée dans l'intérêt de la société Forma Santé qui se réserve le droit d'y renoncer si bon lui semble.

#### III.5. Élection de domicile

L'élection de domicile est faite par Forma Santé à son siège social au 5, avenue Dauphine 45000 Orléans.

## Programme de Formation



## Diplôme d'Etat d'Ambulancier En Apprentissage

## CADRE REGLEMENTAIRE

Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier, définit les conditions requises pour se présenter aux épreuves de sélection et le programme de formation des études.

## PUBLIC

- Personne titulaire de l'attestation PSC1 ou de l'attestation d'auxiliaire ambulancier
- Personne âgée de moins de 30 ans au début du contrat d'apprentissage ou sans limite d'âge pour les personnes reconnues travailleur handicapé ou inscrites en tant que sportif de haut niveau. .

### Accès à la formation :

- Avoir été sélectionné à l'issue d'un **entretien avec un employeur**
- Satisfaire aux conditions d'inscription (permis de conduire catégorie B **hors période probatoire**, attestation préfectorale autorisant la conduite des véhicules sanitaires, certificat médical de non-contre-indication, certificat médical de vaccination).
- Avoir fourni au centre de formation avant la date de clôture des inscriptions, un contrat d'apprentissage signé avec l'employeur.

## DUREE

- 23 semaines soit 801 heures (16 semaines de formation théorique et pratique et 7 semaines de stage) au CFA en alternance avec des périodes en entreprise soit 2 semaines de présence au CFA suivi de 2/3 semaines en entreprise.

## OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- **Bloc 1. - Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions**
  1. Etablir une communication adaptée pour informer et accompagner le patient et son entourage
  2. Accompagner le patient dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant le matériel adapté
  3. Mettre en œuvre des soins d'hygiène et de confort adaptés aux besoins et à la situation du patient
- **Bloc 2. - Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence**
  4. Apprécier l'état clinique du patient dans son domaine de compétences
  5. Mettre en œuvre les soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence
- **Bloc 3. - Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière**
  6. Réaliser la préparation, le contrôle et l'entretien du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre afin de garantir la sécurité du transport
  7. Conduire le véhicule adapté au transport sanitaire terrestre dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière et de façon adaptée à l'état de santé du patient
- **Bloc 4. - Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre en tenant compte des situations d'intervention**
  8. Utiliser des techniques d'entretien du matériel et des installations adaptées dans son domaine de compétences en prenant en compte la prévention des risques associés
  9. Repérer, signaler, traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien du véhicule, du matériel et des installations et en assurer la traçabilité
- **Bloc 5. - Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de l'ambulancier, à la qualité / gestion des risques**
  10. Rechercher, traiter, transmettre les informations pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités et transmettre ses savoir-faire professionnels
  11. Organiser et contrôler son activité, coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité / gestion des risques
- **Stages**
  - parcours Médecine d'urgence Adulte / Enfant (Service des urgences / SAMU -SMUR)
  - entreprise Transport sanitaire
  - structures de soins de courte et longue durée, soins de suite et réadaptation, EHPAD, enfant et adulte, psychiatrie et santé mentale

## METHODES PEDAGOGIQUES

- Alternance de cours théoriques en plénière, de travaux pratiques dirigés et de simulations en sous-groupes

## SUPPORT PEDAGOGIQUE

- L'ensemble des supports de cours sont disponibles sur une plateforme extranet.

## CONTENU

### **Bloc 1. - Prise en soin du patient à tout âge de la vie dans le cadre de ses missions (175h)**

- Module 1. Relation et communication avec les patients et leur entourage
- Module 2. Accompagnement du patient dans son installation et ses déplacements
- Module 3. Mise en œuvre des soins d'hygiène et de confort adaptés et réajustement

### **Bloc 2. - Réalisation d'un recueil de données cliniques et mise en œuvre de soins adaptés à l'état du patient notamment ceux relevant de l'urgence (210h)**

- Module 4. Appréciation de l'état clinique du patient
- Module 5. Mise en œuvre de soins notamment ceux relevant de l'urgence

### **Bloc 3. - Transport du patient dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière (28h)**

- Module 6. Préparation, contrôle et entretien du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre
- Module 7. Conduite du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre dans le respect des règles de circulation et de sécurité routière et de l'itinéraire adapté à l'état de santé du patient

### **Bloc 4. - Entretien des matériels et installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre en tenant compte des situations d'intervention (35h)**

- Module 8. Entretien du matériel et des installations du véhicule adapté au transport sanitaire terrestre et prévention des risques associés

### **Bloc 5. - Travail en équipe et traitement des informations liées aux activités de l'ambulancier, à la qualité / gestion des risques (105h)**

- Module 9. Traitement des informations
- Module 10. - Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques

### **Suivi pédagogique : 3h**

### **Stages**

- 2 semaines : parcours Médecine d'urgence Adulte / Enfant (Service des urgences / SAMU -SMUR)
- 2 semaines : entreprise Transport sanitaire
- 3 semaines : structures de soins de courte et longue durée, soins de suite et réadaptation, EHPAD, enfant et adulte, psychiatrie et santé mentale

## EVALUATION ET ATTESTATION

### -Bloc 1 :

- Evaluation comportant une pratique simulée ciblant un patient âgé ou handicapé ou porteur d'un appareillage médical
- Evaluation des compétences en stage

### -Bloc 2 :

- Attestation de formation GSU niveau 2
- Evaluation comportant une pratique simulée (permettant la validation de la formation GSU 2)
- Evaluation des compétences en stage

### -Bloc 3 :

- Evaluation des compétences en stage en entreprise de transport

### -Bloc 4 :

- Etude de situation identifiée en stage / Etude de situation pouvant comporter une pratique simulée
- Evaluation des compétences en stage

### -Bloc 5 :

- Etude de situation pouvant comporter une pratique simulée
- Evaluation des compétences en stage

Attestation de formation GSU niveau 2 : Les critères d'évaluation sont transcrits dans une **grille de certifications des compétences GSU** (document CESU). Une attestation de formation GSU, valable 48 mois, sera délivrée au candidat.

Le diplôme d'Etat est enregistré au niveau 3 du cadre national des certifications professionnelles.  
Diplôme délivré par le Directeur Régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS).

Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

« Lorsque l'élève n'a pas validé un ou plusieurs blocs de compétences à l'issue de la session de rattrapage, il est autorisé à se réinscrire une deuxième fois pour suivre les enseignements des blocs de compétences non validés et, dans le cas de compétences non validées en stage, pour réaliser un stage de 70 heures minimum dans un des lieux du parcours de stage déterminé par l'équipe pédagogique, conformément à l'annexe III du présent arrêté. Le directeur de l'institut peut octroyer à titre exceptionnel une troisième inscription, dans les mêmes conditions, après avis de la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants. Dans ce cadre, il bénéficie à nouveau d'une session initiale et d'une session de rattrapage. »

## INTERVENANTS

- Formateurs permanents (infirmiers et ambulanciers).
- Professionnels en activités (chefs d'entreprise de transport sanitaire, ambulanciers, infirmiers, médecins, psychologues, aides-soignants, ergonomes etc).



**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE**
  
**VACCINATIONS OBLIGATOIRES**
  
 des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Docteur .....

Certifie que : Nom de naissance ..... Nom d'usage .....

Prénom : ..... Né(e) le.....

En formation de : .....

Est immunisé(e) :

- Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITIS :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme : *(rayer les mentions inutiles)*

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	<b>oui</b>	<b>non</b>
- Nécessitant un avis spécialisé	<b>oui</b>	<b>non</b>

- Par le BCG\*  OUI  NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

\*Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG.

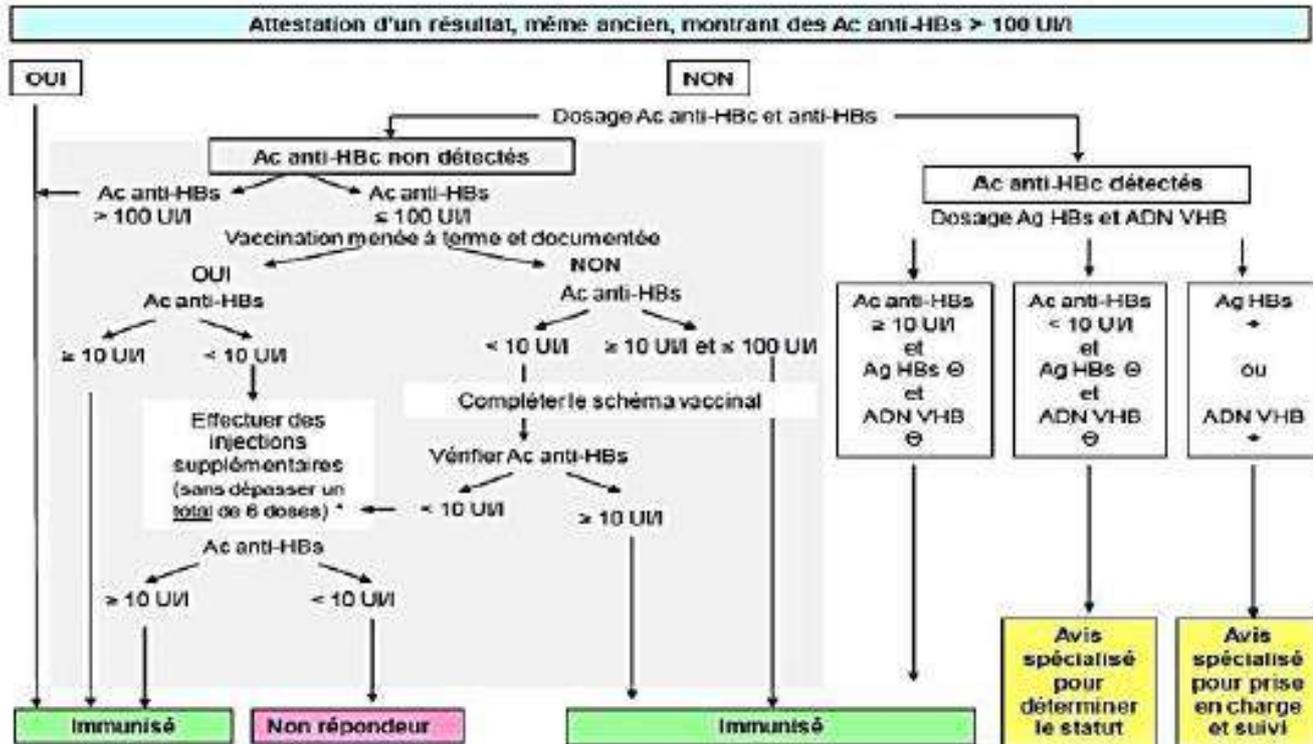
IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

\*L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculitiques.

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. <https://vaccination-info-service.fr/>)

**1**
**ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance

--

(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s)

--

(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s'il y a lieu)

--

(ex : nom d'époux(se))

Date de naissance

Jour	Mois	Année	Sexe : Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/>	Téléphone portable (Recommandé)
------	------	-------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Commune de naissance

	Département ou Collectivité d'outre-mer
--	---

Pays

--

(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse

N° de la voie	Extension : bis, ter, etc.	Type de voie : avenue, boulevard, etc.
---------------	----------------------------	--

Nom de la voie

Complément d'adresse

--

(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal

	Commune	
--	---------	--

Courriel (Recommandé)

--

**2** Motif de la demande d'avis médical :  Renouvellement périodique

 Nouvelle catégorie

 Suspension

 Après invalidation ou annulation

 Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :

AM	A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>														

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>													

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

 Taxi  VTC  Ambulance  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  Transport public à moto  Enseignant de la conduite

**AVIS DU OU DES MÉDECINS**
**3** Modalités du contrôle médical :

 En cabinet médical  En commission médicale primaire  En commission médicale d'appel  Autres : \_\_\_\_\_

**3-1** Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_

Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

**4** Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_

et

agréé(s) par \_\_\_\_\_

le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

**5**  APTE pour la durée de validité fixée par la réglementation

 Groupe léger  Groupe lourd

 APTE TEMPORAIRE pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_

et

 à réexaminer par la commission médicale :  oui  non

 APTE avec les restrictions ou dispenses suivantes :

 dispositif de correction et/ou protection de la vision

 autres

 INAPTE

 Groupe léger  Groupe lourd

Observations :
----------------

**6** Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :

 ne prononce pas d'avis et renvoie l'utilisateur devant la commission médicale primaire.

**7**
**DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**

 Je soussigné(e),  M.  Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

**8**

Fait le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Signature de l'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)  
 [Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE  
INDICATIONS A LA PROFESSION  
D'AUXILIAIRE AMBULANCIER <sup>1</sup>  
OU D'AMBULANCIER <sup>2</sup>**

Je soussigné (e), Docteur ..... **médecin  
agrée ARS** certifie avoir examiné ce jour M .....

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique,  
aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier(e) :  
visuel, auditif, amputation d'un membre....

Fait à .....le .....<sup>3</sup>

**Cachet et signature du médecin Agréé par l'ARS<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> : article 2 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

<sup>2</sup> : article 7 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

<sup>3</sup> : Daté de moins de 1 an.

<sup>4</sup> : Liste des médecins agréés (Agence Régional de Santé) : sur Internet, dans moteur de recherche, taper :  
MEDECINS AGREES+DEPARTEMENT OU REGION (**Attention : médecin différent de la liste des  
médecins agréés par la préfecture**)



**Mode contractuel de l'apprentissage**

**L'EMPLOYEUR**

employeur privé

employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

**N° SIRET** de l'établissement d'exécution du contrat :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur :

N° : Voie :

Employeur spécifique :

Complément :

Code activité de l'entreprise (NAF) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel :

@

\*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage :

**L'APPRENTI(E)**

**Nom de naissance de l'apprenti(e) :**

**Nom d'usage :**

**Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :**

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance :

**Adresse de l'apprenti(e) :**

Sexe :  M  F

N° Voie :

Département de naissance :

Complément :

Commune de naissance :

Code postal :

Commune :

Nationalité : Régime social :

Téléphone :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :  oui  non

Courriel :

@

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé :  oui  non

**Représentant légal** (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat :

Dernier diplôme ou titre préparé :

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Dernière classe / année suivie :

Complément :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Commune :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :  oui  non

Courriel :

@

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Date de naissance :

Courriel :

@

Courriel :

@

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

*L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.*

### LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant :

Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :

Date de conclusion :

Date de début d'exécution du

Date de début de formation pratique

(Date de signatures du présent contrat)

contrat :

chez l'employeur :

Si avenant, date d'effet :

Durée hebdomadaire du travail :

Date de fin du contrat ou de la période

heures

minutes

d'apprentissage :

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers :  oui  non

### Rémunération

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1<sup>re</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

2<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

3<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

4<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche :**

Caisse de retraite complémentaire :

€

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre :

### LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Dénomination du CFA responsable :

FORMA SANTE

N° UAI du CFA : 0451778N

N° SIRET CFA : 420 309 627 00115

**Adresse du CFA responsable :**

N°50 Voie : rue Trudelle

Complément :

Code postal : 45100

Commune : ORLEANS

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 38

Intitulé précis :

Diplôme d'état d'Ambulancier (DEA)

Code du diplôme : 56033105

Code RNCP : 36542

**Organisation de la formation en CFA :**

Date de début de formation en CFA :

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Durée de la formation : 556 heures

**Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :**

Dénomination du lieu de formation principal :

FORMA SANTE

N° UAI :

N° SIRET : 420 309 627 00073

**Adresse du lieu de formation principal :**

N°9 Voie : rue de Vendée

Complément :

Code postal : 29200

Commune : BREST

L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal

de l'apprenti(e) mineur(e)

### CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

N° SIRET de l'organisme :

Date de réception du dossier complet :

Date de la décision :

N° de dépôt :

Numéro d'avenant :

*Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14*

## NOTICE POUR LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE N°51649#07

Avant de conclure un contrat d'apprentissage, renseignez-vous sur les règles applicables au contrat ainsi que sur les dispositions particulières éventuellement prévues dans la convention collective ou dans l'accord spécifique appliqué dans votre entreprise. En effet, des minima de rémunération plus élevés ainsi que des règles différentes applicables au maître d'apprentissage peuvent être prévus. N'hésitez pas à vous rapprocher des acteurs de l'apprentissage (opérateurs de compétences – OPCO -, DR(D)EETS, DDETS, DEETS, DGCOPOP, DGSTEP).

Afin de faciliter l'obtention et le versement des aides de l'Etat en matière d'alternance, nous vous invitons à consulter le guide pratique destiné aux employeurs et aux organismes de formation à l'adresse suivante : [https://travail-emploi.gouv.fr/DIG/pdf/guide\\_employeur.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/DIG/pdf/guide_employeur.pdf)

**Important** : il est à noter que, pour les contrats d'apprentissage conclus jusqu'au 31 décembre 2022, le CERFA doit être conservé par l'employeur (original signé par les parties) et l'opérateur de compétences, jusqu'au 31 décembre 2032. Pour les contrats conclus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023, le CERFA doit être conservé par l'employeur (original signé par les parties) et l'opérateur de compétences pendant 5 ans à compter de sa conclusion. Il est rappelé aux apprentis qu'ils doivent conserver leur contrat de travail (CERFA original signé par les parties) jusqu'à la liquidation de leur retraite.

### Déroulement de la procédure.

**L'employeur transmet le dossier complet à l'organisme en charge du dépôt du contrat auprès de l'autorité administrative dont il relève** (OPCO pour les employeurs privés ou auprès du représentant de l'Etat dans le département du lieu d'exécution du contrat pour le secteur public non industriel et commercial : DR(D)EETS, DDETS, DEETS ou DGCOPOP) **au plus tard dans les 5 jours qui suivent le début d'exécution du contrat.**

Le dossier complet comporte les pièces mentionnées ci-dessous dans la rubrique « pièces justificatives »

**Attention, un dossier incomplet ne pourra pas être instruit et vous sera directement renvoyé.**

L'organisme en charge du dépôt dispose de 20 jours à compter de la date de réception du dossier complet pour rendre sa décision.

- Si le contrat est conforme aux règles fixées aux articles D6224-1 et suivants et D6275-1 et suivants du code du travail, l'organisme procède au dépôt du contrat auprès des services du ministre en charge de la formation professionnelle.
- Si une non-conformité est constatée au cours de l'instruction, l'organisme en charge du dépôt peut, soit refuser, soit demander la modification par l'employeur du ou des point(s) de non-conformité, et ce dans le délai prévu pour l'instruction.

### PRECISIONS POUR COMPLETER LES RUBRIQUES DU CERFA

#### Mode contractuel de l'apprentissage :

- 1 à durée limitée
- 2 dans le cadre d'un CDI
- 3 entreprise de travail temporaire
- 4 activités saisonnières à deux employeurs

## L'EMPLOYEUR

#### Type d'employeur

##### **Privé**

- 11 Entreprise inscrite au répertoire des métiers ou au registre des entreprises pour l'Alsace-Moselle
- 12 Entreprise inscrite uniquement au registre du commerce et des sociétés
- 13 Entreprises dont les salariés relèvent de la mutualité sociale agricole
- 14 Profession libérale
- 15 Association
- 16 Autre employeur privé

##### **Public**

- 21 Service de l'Etat (administrations centrales et leurs services déconcentrés de la fonction publique d'Etat)
- 22 Commune
- 23 Département

- 24 Région
- 25 Etablissement public hospitalier
- 26 Etablissement public local d'enseignement
- 27 Etablissement public administratif de l'Etat
- 28 Etablissement public administratif local (y compris établissement public de coopération intercommunale EPCI)
- 29 Autre employeur public
- 30 Etablissement public industriel et commercial

Si l'employeur est en auto-assurance, il peut choisir d'adhérer au régime d'assurance chômage pour ses seuls apprentis. Il est alors totalement exonéré des contributions d'assurance chômage au titre de l'emploi de ses apprentis. Afin d'opter pour cette affiliation spécifique, cocher la case.

**Employeur spécifique**

- 1 Entreprise de travail temporaire
- 2 Groupement d'employeurs
- 3 Employeur saisonnier
- 4 Apprentissage familial : l'employeur est un ascendant de l'apprenti
- 0 Aucun de ces cas

**Code NAF**

Nomenclature d'activités et des produits française correspondant à l'activité principale de l'établissement d'exécution du contrat (version 2008)

**Code IDCC**

Identifiant de la convention collective de branche applicable par l'établissement dans le cadre de l'exécution du contrat ou à défaut de la convention d'entreprise (non adaptative d'une convention de branche) ou enfin dans le cas de certaines grandes entreprises du code du statut. Ce code peut être obtenu sur le site du ministère du Travail [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr). S'il n'y a pas de convention collective veuillez indiquer le code 9999, si la convention collective est en cours de négociation, veuillez indiquer le code 9998.

**Effectif salarié de l'entreprise**

L'effectif renseigné est celui de l'entreprise dans sa globalité, au sens de l'article L. 130-1-I du code de la sécurité sociale et non seulement l'effectif de l'établissement d'exécution du contrat.

## L'APPRENTI(E)

**Département de naissance :**

Indiquez le numéro du département. Pour les personnes nées à l'étranger, indiquez 099.

**Nationalité :**

- 1 Française
- 2 Union Européenne
- 3 Etranger hors Union Européenne

Assurez-vous que le salarié étranger non citoyen européen, dispose au début du contrat d'un titre de séjour valable l'autorisant à travailler en France et d'une autorisation de travail délivrée dans le cadre de l'article L. 5221-5 du code du travail.

**Situation avant contrat :**

- 1 Scolaire
- 2 Prépa apprentissage
- 3 Etudiant
- 4 Contrat d'apprentissage
- 5 Contrat de professionnalisation
- 6 Contrat aidé
- 7 En formation au CFA sous statut de stagiaire de la formation professionnelle, avant conclusion d'un contrat d'apprentissage (L6222-12-1 du code du travail)
- 8 En formation, au CFA sans contrat sous statut de stagiaire de la formation professionnelle, à la suite d'une rupture d'un précédent contrat (5° de L6231-2 du code du travail)
- 9 Autres situations sous statut de stagiaire de la formation professionnelle
- 10 Salarié
- 11 Personne à la recherche d'un emploi (inscrite ou non à Pôle Emploi)
- 12 Inactif

**NIR** : Numéro de sécurité sociale Français, officiellement appelé Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques. Ce numéro est notamment inscrit sur la carte vitale des personnes majeures, en dessous du nom et du

prénom du porteur. Les OPCO sont habilités à collecter le NIR. Le NIR doit être transmis sous son format en 13 chiffres (sans la clé).

**Régime social :**

- 1 MSA
- 2 URSSAF

**Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :**

Conformément au 5° de l'article L6222-2 du code du travail.

**Parcours de formation antérieur de l'apprenti :**

La table « diplômes ou titres » ci-dessous est à utiliser pour compléter les champs « dernier diplôme ou titre préparé », « diplôme ou titre le plus élevé obtenu » ainsi que le champ « diplôme ou titre visé » de la rubrique « formation »

**Diplômes et titres de l'apprenti**

Diplôme ou titre de niveau bac +5 et plus

- 80 Doctorat
- 71 Master professionnel/DESS
- 72 Master recherche/DEA
- 73 Master indifférencié
- 74 Diplôme d'ingénieur, diplôme d'école de commerce
- 79 Autre diplôme ou titre de niveau bac+5 ou plus

Diplôme ou titre de niveau bac +3 et 4

- 61 1<sup>ère</sup> année de Master
- 62 Licence professionnelle
- 63 Licence générale
- 64 Bachelor Universitaire de technologie BUT
- 69 Autre diplôme ou titre de niveau bac +3 ou 4

Diplôme ou titre de niveau bac +2

- 54 Brevet de Technicien Supérieur
- 55 Diplôme Universitaire de technologie
- 58 Autre diplôme ou titre de niveau bac+2

Diplôme ou titre de niveau bac

- 41 Baccalauréat professionnel
- 42 Baccalauréat général
- 43 Baccalauréat technologique
- 49 Autre diplôme ou titre de niveau bac

Diplôme ou titre de niveau CAP/BEP

- 33 CAP
- 34 BEP
- 35 Mention complémentaire
- 38 Autre diplôme ou titre de niveau CAP/BEP

Aucun diplôme ni titre

- 25 Diplôme national du Brevet
- 26 Certificat de formation générale
- 13 Aucun diplôme ni titre professionnel

**Dernière année ou classe suivie par l'apprenti**

- 01 l'apprenti a suivi la dernière année du cycle de formation et a obtenu le diplôme ou titre
  - 11 l'apprenti a suivi la 1<sup>ère</sup> année du cycle et l'a validée (examens réussis mais année non diplômante)
  - 12 l'apprenti a suivi la 1<sup>ère</sup> année du cycle mais ne l'a pas validée (échec aux examens, interruption ou abandon de formation)
  - 21 l'apprenti a suivi la 2<sup>e</sup> année du cycle et l'a validée (examens réussis mais année non diplômante)
  - 22 l'apprenti a suivi la 2<sup>e</sup> année du cycle mais ne l'a pas validée (échec aux examens, interruption ou abandon de formation)
  - 31 l'apprenti a suivi la 3<sup>e</sup> année du cycle et l'a validée (examens réussis mais année non diplômante, cycle adaptés)
  - 32 l'apprenti a suivi la 3<sup>e</sup> année du cycle mais ne l'a pas validée (échec aux examens, interruption ou abandon de formation)
  - 40 l'apprenti a achevé le 1<sup>er</sup> cycle de l'enseignement secondaire (collège)
  - 41 l'apprenti a interrompu ses études en classe de 3<sup>e</sup>
  - 42 l'apprenti a interrompu ses études en classe de 4<sup>e</sup>
- Exemple : Avant le contrat d'apprentissage, le candidat, titulaire d'un baccalauréat général, était en première année de BTS qu'il souhaite poursuivre en apprentissage. Dans la rubrique « apprenti » indiquez « diplôme le plus élevé = 42 », « dernier diplôme ou titre préparé = 54 » et « dernière classe suivie = 11 ». Dans la rubrique formation, indiquez « diplôme ou titre visé = 54 ».

## LE MAITRE D'APPRENTISSAGE

A défaut de dispositions collectives particulières applicables dans l'entreprise, le maître doit justifier d'une formation et d'une expérience professionnelle minimales fixées par l'article R. 6223-22 du code du travail et encadrer au maximum 2 apprentis plus un "redoublant" (article R. 6223-6 du même code).

L'employeur atteste que le maître d'apprentissage répond bien à l'ensemble de ces critères et qu'il est salarié de l'entreprise, voire l'employeur lui-même ou son conjoint collaborateur en cochant la case prévue à cet effet dans la rubrique « maître d'apprentissage ».

Le changement de maître d'apprentissage en cours de contrat implique de conclure un avenant au contrat initial sauf à ce que le contrat d'apprentissage initial ait prévu un second maître d'apprentissage (composant une équipe tutorale qui se substitue automatiquement au premier en cas de défaillance).

Renseigner l'intitulé du « diplôme ou titre le plus élevé obtenu » par le maître d'apprentissage.

Pour renseigner le « niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu » se reporter à la table suivante :

**Nomenclature des diplômes par niveau :**

- 3 CAP, BEP
- 4 Baccalauréat
- 5 DEUG, BTS, DUT, DEUST
- 6 Licence, licence professionnelle, BUT, Maîtrise
- 7 Master, diplôme d'études approfondies, diplôme d'études supérieures spécialisées, diplôme d'ingénieur
- 8 Doctorat, habilitation à diriger des recherches

Si aucun renseigné par 0

**Maître d'apprentissage n°2 :**

A renseigner si mise en place d'une équipe tutorale tel que prévu à l'article L. 6223-6 du même code.

## LE CONTRAT

**Type de contrat ou d'avenant :**

**Contrat initial**

11 Premier contrat d'apprentissage de l'apprenti

**Succession de contrats**

- 21 Nouveau contrat avec un apprenti qui a terminé son précédent contrat auprès d'un même employeur
- 22 Nouveau contrat avec un apprenti qui a terminé son précédent contrat auprès d'un autre employeur
- 23 Nouveau contrat avec un apprenti dont le précédent contrat a été rompu

**Avenant : modification des conditions du contrat**

- 31 Modification de la situation juridique de l'employeur
- 32 Changement d'employeur dans le cadre d'un contrat saisonnier
- 33 Prolongation du contrat suite à un échec à l'examen de l'apprenti
- 34 Prolongation du contrat suite à la reconnaissance de l'apprenti comme travailleur handicapé
- 35 Diplôme supplémentaire préparé par l'apprenti dans le cadre de l'article L. 6222-22-1 du code du travail
- 36 Autres changements : changement de maître d'apprentissage, de durée de travail hebdomadaire, réduction de durée, etc.
- 37 Modification du lieu d'exécution du contrat
- 38 Modification du lieu principal de réalisation de la formation théorique.

**Type de dérogation :**

- 11 Age de l'apprenti inférieur à 16 ans
- 12 Age supérieur à 29 ans : cas spécifiques prévus dans le code du travail
- 21 Réduction de la durée du contrat ou de la période d'apprentissage
- 22 Allongement de la durée du contrat ou de la période d'apprentissage
- 50 Cumul de dérogations
- 60 Autre dérogation

**Date de conclusion :** date à laquelle le présent contrat de travail (qu'il s'agisse d'un contrat initial ou d'un avenant) est conclu par les deux parties (signatures).

**Date de début d'exécution du contrat :** date du 1<sup>er</sup> jour où débute effectivement le contrat (peut être la date de début de formation pratique en entreprise ou en centre de formation). Correspond à la date de début du cycle de formation au sens de l'article L6222-7-1.

**Date de début de formation pratique chez l'employeur :**

Date du 1<sup>er</sup> jour où débute effectivement la formation pratique chez l'employeur.

**Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers :**

Pour les apprentis mineurs, certaines catégories de travaux ne sont pas autorisées (article L. 4153-8 du code du travail). Dans certains cas spécifiquement prévus par la réglementation, des dérogations sont possibles (article L. 4153-9 du code du travail).

La réglementation relative aux travaux interdits et réglementés pour les jeunes âgés de quinze ans au moins et de moins de dix-huit ans s'appliquant est détaillée aux articles D. 4153-15 à D. 4153-37 du code du travail. Le cadre précis des dérogations pour les jeunes en formation professionnelle sont spécifiés aux articles R. 4153-38 à R. 4153-45 du code du travail.

Pour les apprentis en contrat à durée limitée, quel que soit leur âge, leur sont interdits l'exécution des travaux listés à l'article D. 4154-1 du code du travail. Le cadre des dérogations est précisé aux articles D. 4154-2 à D. 4154-6 du code du travail.

**Grille de rémunération minimale, pour les contrats conclus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019**

	Avant 18 ans	De 18 à 20 ans	De 21 à 25 ans	26 ans et plus
1 <sup>re</sup> année	27% du SMIC	43% du SMIC	53% du SMIC*	100 % du SMIC*
2 <sup>e</sup> année	39% du SMIC	51% du SMIC	61% du SMIC*	100 % du SMIC*
3 <sup>e</sup> année	55% du SMIC	67% du SMIC	78% du SMIC*	100 % du SMIC*

\* ou du salaire minimum conventionnel correspondant à l'emploi occupé, s'il est plus favorable  
La convention collective applicable dans l'entreprise ou l'accord des parties peut prévoir des dispositions plus favorables en termes de rémunération.

Pour effectuer une simulation assistée du calcul de la rémunération légale, consultez le portail de l'alternance :  
[www.alternance.emploi.gouv.fr](http://www.alternance.emploi.gouv.fr)

## LA FORMATION

**Diplôme ou titre visé :** Reportez-vous à la table « diplômes et titres de l'apprenti » dans la rubrique « Apprenti ».

**Code du diplôme :** Renseignez-vous auprès de l'établissement de formation responsable ou se reporter sur le site <https://www.education.gouv.fr/>

**Code RNCP :** Indiquez le code afférent, en chiffres « XXXXX » (qui suit la mention RNCP). Pour plus d'information sur la certification et son éligibilité à l'apprentissage, consulter le site Internet de France Compétences ([https://www.francecompetences.fr/recherche\\_certificationprofessionnelle/](https://www.francecompetences.fr/recherche_certificationprofessionnelle/)).

**Date de début de formation en CFA :**

Date du 1<sup>er</sup> jour où débute effectivement la formation théorique en centre de formation.

## LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pendant la durée du contrat d'apprentissage, l'employeur fournit, à la demande de l'inspection du travail, de la mission chargée du contrôle pédagogique ou des organismes en charge du dépôt du contrat auprès de l'autorité administrative, les pièces permettant d'attester du respect des déclarations figurant dans le contrat d'apprentissage, à savoir notamment :

- les pièces justificatives relatives aux informations figurant dans le cerfa ;
- la convention de formation ou l'attestation pédagogique et financière, dans le cas d'un CFA d'entreprise (service interne) ;
- la convention d'aménagement de durée, le cas échéant ;
- la convention de mobilité européenne ou internationale, si une mobilité est prévue dans la convention de formation initiale, le cas échéant.



# Groupe Avenir Santé Formation

## CHARTRE DE PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

*Exemplaire à nous remettre  
complété et signé*

Le groupe Avenir Santé Formation, au travers de ses différentes structures, met en place des parcours de formation diplômants. A ce titre, il collecte et traite des données à caractère personnel dans le respect du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

### Responsable du traitement

Les données à caractère personnel collectées sont traitées par les entités du groupe Avenir Santé Formation dont la liste, à ce jour, figure ci-dessous :

- Formavenir Performances SAS – 139, avenue Jean Jaurès - 75019 PARIS – RCS Paris 380 245 878
- Forma Santé SAS – 50, rue Tudelle - 45100 ORLEANS - RCS Orléans B 420 309 627
- INFOR Santé SAS - 50, rue Tudelle - 45100 ORLEANS – RC 399 642 735
- IFP Atlantique SAS - Rond-Point de la République - 17180 PERIGNY – RCS LA ROCHELLE - 409 688 884
- Planète Enfance SAS – 139, avenue Jean Jaurès – 75019 PARIS - RC 421 113 721
- Bretagne-Compétences SAS - 24, rue Alfred Kastler - 56038 Vannes CDX – RCS Vannes B 795 004 795
- IF2M SAS - 113, rue Marietton – 69009 Lyon – RCS Lyon B 523 582 096

### Finalités et fondements juridiques

Les données à caractère personnel qui sont demandées ne seront traitées que dans la mesure où cela est nécessaire et ce, dans le cadre des finalités suivantes :

Finalités du traitement de données	Fondement juridique
<p><b>Répondre à la demande et assurer le déploiement de la transaction :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des prérequis, personnalisation des parcours...</li> <li>- Communication et notamment envoi de documents : Convocation, attestation, certificat...</li> <li>- Gestion administrative de nos stages et facturation</li> </ul>	<p><b>Exécution du contrat</b></p>
<p><b>Répondre à une obligation institutionnelle, légale ou réglementaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Production de l'attestation d'assiduité</li> <li>- Enregistrement des dossiers sur les plates-formes institutionnelles</li> <li>- Remise aux autorités compétentes des justificatifs en cas de contrôle</li> <li>- Le cas échéant, production de statistiques (Enquête annuelle sur les écoles de formation aux professions de santé) par les autorités compétentes (Ministère des solidarités et de la santé)</li> </ul>	<p><b>Obligation légale</b></p> <p>Conformément aux dispositions de l'article L 6353-9 du Code du travail</p>
<p><b>Le cas échéant, envoi de communications commerciales sur nos produits et services, si la personne n'a pas opposé son refus.</b></p>	<p><b>Intérêt légitime / Consentement</b></p>

### Destinataires des données

Le Groupe Avenir Santé Formation est composé de plusieurs sociétés, toutes situées en France et susceptibles de se voir communiquer des données personnelles provenant d'une autre filiale du groupe, dans le cadre de son organisation fonctionnelle. L'accès aux données personnelles est strictement limité aux salariés du groupe, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées ou visibles par des tiers liés aux entreprises du groupe par contrat pour :

- L'exécution de tâches sous-traitées nécessaires à la gestion de votre demande
- La validation de votre cursus et la délivrance de votre diplôme via une plate-forme institutionnelle (EOS, KAIROS, ODESSA ...)
- La production de statistiques (Enquête ECOLES Santé) par les autorités compétentes

## Groupe Avenir Santé Formation

Il est précisé que dans ce cadre, les tiers n'ont qu'un accès limité au strict nécessaire, et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de données personnelles. Les destinataires des données sont intégralement situés dans l'Union Européenne.

### Durée de conservation

Les données personnelles traitées dans le cadre d'un parcours diplômant sont conservées jusqu'à la fin de votre parcours et sont ensuite archivées pour la durée requise par la prescription légale applicable à des fins de justification et de contrôle. La durée de conservation des données des prospects est de 3 ans, conformément aux préconisations de la CNIL. Les contacts qui sont enregistrés dans notre base et avec lesquels aucun échange n'est établi depuis plus de 3 ans sont systématiquement supprimés.

### Sécurité de vos données

Les entités du groupe Avenir Santé Formation, en tant que responsables du traitement des données personnelles, s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la confidentialité des données transmises, et ce dans le respect des dispositions légales en vigueur :

- L'accès à nos locaux et à nos plates-formes informatiques sont sécurisés
- L'accès, le partage, et le transfert de données sont sécurisés
- Nos collaborateurs amenés à accéder aux données personnelles sont sensibilisés aux exigences de confidentialité

### Droits des personnes

Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles, chaque personne bénéficie d'un droit d'accès, d'édition des directives anticipées, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité ou de limitation aux traitements de données la concernant. Ces droits peuvent être exercés en nous contactant via l'adresse mail : [rgpd@avenirsanteformation.fr](mailto:rgpd@avenirsanteformation.fr). Pour en faciliter le traitement, la personne est invitée à préciser dans sa demande son nom, son prénom, son adresse mail, sa qualité (stagiaire, client, formateur, salarié...), son établissement (si stagiaire ou client), la structure du groupe avec laquelle il est en contact et toutes les informations jugées utiles par ses soins. Le groupe Avenir Santé Formation s'engage à adresser une réponse dans un délai maximum d'un mois à compter de la date d'exercice de ce droit. A défaut, il est possible de saisir les autorités compétentes et d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Le client s'engage à informer chaque stagiaire de ses droits. Enfin, et pour faciliter l'accès à ces droits, chaque newsletter envoyée par l'une des structures du groupe Avenir Santé Formation propose un lien de désabonnement, permettant en un clic, de se désabonner facilement des newsletters et actualités du groupe Avenir Santé Formation.

*J'accepte de recevoir des informations commerciales de la part des entités du groupe Avenir Santé Formation.*

*Je déclare avec pris connaissance de la charte de protection de mes données personnelles du groupe Avenir Santé Formation et en accepte les conditions.*

Fait à :

Nom et prénom

Signature

Le :