



Pôle des métiers de la santé et des sciences de la vie

Institut paramédical du C.F.A. Pasteur  
Campus 2 :  
136 rue Georges Charpak  
51430 Bezannes  
☎ : 03.26.87.88.38  
✉ : [formateur-ifap@cfpast.com](mailto:formateur-ifap@cfpast.com)  
✉ : [pasteur-ifas@cfpast.com](mailto:pasteur-ifas@cfpast.com)

## SELECTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AMBULANCIER 2026-2027 NOTICE D'INFORMATION

### CALENDRIER

**Inscriptions : du lundi 18 mai 2026 au vendredi 26 juin 2026**

Etude des dossiers : du 29 juin 2026 au 04 juillet 2026

Epreuve d'admission : à partir du 6 juillet 2026

Affichage des résultats : lundi 20 juillet 2026 (Aucun résultat ne sera transmis par téléphone)

Validation de l'inscription par les candidats : jusqu'au vendredi 31 juillet 2026

Rentrée scolaire : Vendredi 28 aout 2026

Date de formation : Du 28 aout 2026 au 30 avril 2027

### **10 PLACES OUVERTES**

10 hors quota région

Possibilité d'alternance

### **CONDITIONS**

Aucune condition de diplôme n'est requise

Être âgé de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation

Permis B valide depuis au moins 3 ans (ou 2 ans si conduite accompagnée)

## **CONCOURS**

Selon l'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, les épreuves de sélection comprennent une épreuve d'admissibilité sur dossier et un entretien d'admission.

Pour se présenter à l'entretien d'admission, les candidats doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur d'institut pendant une durée de 70 heures. Ce stage est réalisé en continu sur le même site. A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage conforme au modèle figurant à la fin du dossier. Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'épreuve d'admission.

### **Sont dispensés du stage d'observation :**

- Les candidats ayant exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier, dans les trois dernières années. Ils doivent cependant fournir l'attestation de l'employeur lors du dépôt du dossier d'inscription.
- Les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou marins pompiers de Marseille, justifiant d'une expérience professionnelle de 3 années.
- Les titulaires d'un diplôme d'ambulancier délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel la formation n'est pas réglementée ou présente des différences substantielles avec la formation au diplôme d'Etat français d'ambulancier.

Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve d'admissibilité. Aucune convention de stage ne sera établie par l'IFA. Elle sera établie à la demande de l'intéressé, entre le responsable du stage et le candidat.

### **Sont dispensés des épreuves d'admissibilité :**

- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au niveau 4 ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.
- Les candidats ayant été admis en formation d'auxiliaires médicaux.
- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé, à la date des épreuves, pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et remplissant l'une des quatre conditions susmentionnées.
- Les titulaires d'un diplôme d'ambulancier délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel la formation n'est pas réglementée ou présente des différences substantielles avec la formation au diplôme d'Etat français d'ambulancier.

### **Sont dispensés de l'entretien d'admission :**

- Les candidats ayant exercé, à la date des épreuves, les fonctions d'auxiliaire ambulancier pendant une durée continue d'au moins un an durant les trois dernières années, dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire ET titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- Les titulaires d'un diplôme d'ambulancier délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel la formation n'est pas réglementée ou présente des différences substantielles avec la formation au diplôme d'Etat français d'ambulancier

## **VOTRE ENTRÉE EN FORMATION CONCOURS**

La formation répond à un programme officiel élaboré par le Ministère de la Santé. Il s'agit d'une formation en alternance, alliant des périodes d'école et des périodes de stage où l'élève concrétise les enseignements théoriques dispensés à l'IFA mais aussi en distanciel.

### **Admission définitive**

L'admission définitive au sein de l'IFA n'est effective que si le candidat remplit les conditions énoncées ci-dessous :

- Production, au plus tard le premier jour de la rentrée, **d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé<sup>1</sup> attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'ambulanciers.**
- Production, avant la date d'entrée au premier stage, **d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination (vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B).**

***N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin  
Car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations***

## **STATUT A L'ENTRÉE EN FORMATION**

Votre statut déterminera si vous êtes éligible ou non à une prise en charge financière. Il est important de mesurer l'impact financier de la formation dans votre projet.

### **TARIFS 2026 (sous réserve de modification)**

La formation en Institut de Formation d'ambulancier est de **5000€**

Ce dernier peut être :

- Financé dans le cadre de la promotion professionnelle ou d'un congé individuel de formation.
- Financé par les OPCO sous réserve de bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- Financé personnellement (utilisation du CPF le cas échéant)

---

<sup>1</sup> Les listes des médecins agréés sont disponibles auprès de l'ARS de votre département.

## SELECTION POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AMBULANCIER

### DOSSIER D'INSCRIPTION : Rentrée septembre 2026

**A renvoyer uniquement par mail à [formateur-ifap@cfpast.com](mailto:formateur-ifap@cfpast.com) ou [pasteur-ifas@cfpast.com](mailto:pasteur-ifas@cfpast.com)**

**Dates d'inscription** : du 18/05/2026 au 26/06/2026  
**Etude des dossiers** : 29/06/2026 au 04/07/2026

**PHOTO**  
(À agraffer)

#### IDENTITE DU CANDIDAT :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Département de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone Domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_

#### PERMIS DE CONDUIRE :

**Permis de conduire B** obtenu le : \_\_\_\_\_

Fin de la période probatoire le : \_\_\_\_\_

*RQ : Vous ne devez plus être en possession d'un permis probatoire à la date d'entrée en formation.*

**Aptitude préfectorale à la conduite d'ambulance** : Valable jusqu'au \_\_\_\_\_  
(Joindre une copie de votre CERFA bleu ou de l'original de votre Aptitude délivré par la Préfecture)

#### ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.  
Je m'engage à ne pas modifier mon choix après le dépôt du dossier et j'accepte sans réserve le règlement qui régit le concours. Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé.

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

## **DOCUMENTS A JOINDRE**

- Une photo d'identité **agrafée à l'emplacement prévu**
- **Une photocopie d'une pièce d'identité** : carte nationale d'identité ou passeport **en cours de validité**. Le permis de conduire ne sera pas accepté.
  - **Pour les non citoyens de l'Union Européenne** : titre de séjour en cours de validité à la date du concours et ce pour toute la formation et le passeport si la carte de séjour figure à l'intérieur de celui-ci (le récépissé du rendez-vous à la préfecture de police ne sera pas pris en considération)
- Une photocopie du permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité
- L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical
- Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé
- Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France
- 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. Ce document n'excède pas 2 pages.
- **Une photocopie du diplôme ou titre** permettant la dispense de certains modules de formation. Le cas échéant, la copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires.
- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte vitale
- Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue française requis est égale ou supérieure au niveau B2
- Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle (Associative, sportive, ...) en lien avec la profession d'ambulancier.
- Une photocopie des justificatifs de prise en charge des frais de formation soit par votre employeur, soit par le pôle emploi ou un autre organisme de financement
- Une attestation d'assurance (responsabilité civile) couvrant les risques professionnels et la responsabilité civile de l'étudiant en stage en milieu médical et paramédical dans les champs sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux et couvrant également les trajets pour se rendre en stage.
- Annexe IV dûment remplie

**Les candidats doivent classer chaque pièce du dossier de sélection dans l'ordre donné ci-dessus.**

**LA CONSTITUTION DU DOSSIER ETANT UN DES CRITERES DE SELECTIONS,  
AUCUNE INFORMATION COMPLEMENTAIRE NE POURRA ETRE DONNE**

Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien (Un justificatif de la Maison Départementale des Personnes Handicapées en cas d'aménagement du temps de l'épreuve sera demandé).

**VEUILLEZ NOUS INDIQUER VOTRE SITUATION EN 2025, EN PREVISION DE VOTRE PRISE EN CHARGE FINANCIERE A L'ENTREE EN FORMATION ET APRES OBTENTION DES EPREUVES DE SELECTION.**

---

**L'INSCRIPTION A FRANCE TRAVAIL EST OBLIGATOIRE ET UNE ATTESTATION INDIQUANT VOTRE INSCRIPTION DOIT NOUS ETRE COMMUNIQUE LE MOIS PRECEDENT VOTRE ENTREE EN FORMATION.**

|                                                                  |                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Département des Politiques<br>de Ressources Humaines<br>en Santé | ATTESTATION MÉDICALE DE<br>VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR<br>L'ENTRÉE EN FORMATION DE<br>..... | V8-05/2025 |
| Direction de l'Offre Sanitaire                                   |                                                                                                |            |

CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT ET À REMETTRE AU CENTRE DE  
FORMATION AU PLUS TARD LE .....31/08/2026.....

Nom de l'étudiant / élève : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Âge : .....

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

|                                       |                                             |       |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|-------|
| 1ère injection le : .... /.... /..... | 1 <sup>er</sup> Rappel : .... /.... /.....  | Âge : |
| 2ème injection le : .... /.... /..... | 2 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /..... | Âge : |
| 3ème injection le : .... /.... /..... | 3 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /..... | Âge : |
|                                       | 4 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /..... | Âge : |
|                                       | 5 <sup>ème</sup> Rappel : .... /.... /..... | Âge : |

HÉPATITE B

La **vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire** pour tous les étudiants  
et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps : .....  
Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date

|                                                                  |              |                                                   |
|------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|
| Taux d'anticorps anti<br>Hbs                                     | >100 UI/L    | Immunisé                                          |
|                                                                  | 10 -100 UI/L | Réaliser Ag HBs<br>(si Ag HBs négatif : immunisé) |
|                                                                  | <10          | Non protégé :<br>Reprendre le schéma vaccinal     |
| En cas de doute : <u>CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS</u> |              |                                                   |

Immunisation : ☐ Oui ☐ Non

## VACCINS RECOMMANDÉS\*

| Vaccins                                                       | Oui / Date | Non |
|---------------------------------------------------------------|------------|-----|
| ROR                                                           |            |     |
| Rougeole                                                      |            |     |
| Rubéole                                                       |            |     |
| Varicelle                                                     |            |     |
| Coqueluche                                                    |            |     |
| Hépatite A                                                    |            |     |
| Grippe (annuellement)                                         |            |     |
| Infections à méningocoques (rattrapage ACWY de 15 à 24 ans)** |            |     |

\*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

\*\*Méningites et septicémies à méningocoques | Vaccination Info Service

## BCG - pour information

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles R.3112-1 C et R.3112.2 du code de la santé publique.

La vaccination par le BCG n'est plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. Toutefois, il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés.

## FIÈVRE TYPHOÏDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque

**Recommandé** : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

**ATTENTION** : le certificat d'aptitude de l'étudiant / élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie que Mme – Mr .....

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

Fait à ....., le .....

**SIGNATURE DU MÉDECIN** :

**CACHET** :

**Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site Vaccination InfoService.fr**

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

**CETTE ATTESTATION EST À REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE ET À REMETTRE AU  
CENTRE DE FORMATION AU PLUS TARD LE 31/08/2026**

CACHET DU MEDECIN AGREE

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Réalisé par un médecin agréé

Destiné à l'admission à l'Institut de Formation d'Ambulancier  
Du Pôle de Formation Pasteur – Campus 2, Bezannes

Je soussigné,

.....  
Certifie que Mr, Mme :

.....  
**Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la  
profession AMBULANCIER pour la rentrée de septembre 2026**

Une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude vers les professions  
médicales, pharmaceutiques ou paramédicales.

DATE :

Signature du médecin

Arrêté du 7 avril 2020 modifiant l'arrêté du 8 février 2007 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'Aide-soignant et Auxiliaire de puériculture. Art.8.ter « 1°A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine ; 2°A la production, avant la date de rentrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues le cas échéant par les dispositions du titre 1<sup>er</sup> du livret 1<sup>er</sup> de la troisième partie législative du code de la santé publique. »

## **ANNEXE IV**

### **ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION**

#### **CANDIDAT :**

Nom : ..... Nom marital éventuel : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél : ..... Mail : .....

**DATE DU STAGE** : du ..... au .....  
*Ce stage d'une durée de 70 heures, doit être réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.*

#### **ENTREPRISE :**

Nom : ..... N° Siret : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél ..... Fax .....  
Mail : .....  
Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'observation : .....

| APPRECIATION DU CANDIDAT (mettre une croix dans la colonne choisie et motiver impérativement votre choix) |             |       |     |          |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-----|----------|--------------|
| CRITÈRES                                                                                                  | INSUFFISANT | MOYEN | BON | TRÈS BON | OBSERVATIONS |
| Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)                                     |             |       |     |          |              |
| Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)         |             |       |     |          |              |
| Motivation professionnelle                                                                                |             |       |     |          |              |
| Exactitude, rigueur                                                                                       |             |       |     |          |              |
| Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire                                         |             |       |     |          |              |
| BILAN                                                                                                     |             |       |     |          |              |

Cachet et signature du responsable de l'entreprise :

Date :