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

**Institut de Formation des Ambulanciers (IFA)**
C.F.A. Pasteur Campus 2 :
136 rue Georges Charpak
51430 Bezannes
☎ : 03 26 87 88 38
: pasteur-ifas@cfpast.com
: formateur-ifas@cfpast.com

# DOSSIER DE SÉLECTION POUR L'ENTRÉE EN FORMATION CONDUISANT AU DIPLÔME D'ÉTAT D'AMBULANCIER (DEA)

## CALENDRIER RENTRÉE JANVIER 2027

**Inscription :** du 05 octobre 2026 au 13 novembre 2026

**Étude d'admissibilité :** du 16 au 20 novembre 2026

**Épreuve d'admission :** à partir du 23 novembre 2026

**Affichage des résultats :** Mardi 1er décembre 2026 (Aucun résultat ne sera transmis par téléphone)

**Validation de l'inscription par le candidat :** jusqu'au mardi 08 décembre 2026

**Entrée en formation :** Lundi 04 janvier 2027

## NOMBRE DE PLACE

10 places ouvertes hors quota région

Possibilité contrat d'alternance ou de professionnalisation

## CONDITIONS CANDIDATURE

- Aucune condition de diplôme requise
- Permis B valide : permis hors période probatoire (soit au minimum 3 ans de permis, ou 2 ans si conduite accompagnée).
- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances, délivrée après un examen médical spécifique réalisé par un médecin agréé par la Préfecture du domicile.
- Certificat médical de non-contre-indication délivré par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).
- Dossier vaccinal à jour : les vaccinations réglementaires exigées pour les professionnels de santé sont requises (notamment le DTPolio et l'Hépatite B) avec dosage des anticorps anti-HBs et anti-HBc permettant de déterminer l'état d'immunité.

## PROCESSUS DE SÉLECTION

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier, le processus de sélection des candidats est composé de deux épreuves : une épreuve d'admissibilité sur dossier et un entretien d'admission.

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié au regard des attendus de la formation et noté sur 20 points par un binôme d'évaluateurs composé d'un ambulancier diplômé d'État en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du DEA, et d'un formateur permanent ou d'un directeur en Institut de Formation des Ambulanciers.

L'entretien d'admission est évalué par un jury d'admission, composés d'un directeur d'un Institut de Formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique, d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du DEA ou d'un ambulancier diplômé d'Etat en exercice depuis au moins trois ans.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est notée sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation ou son parcours professionnel antérieur (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points).

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

## VOTRE ENTRÉE EN FORMATION

La formation répond à un programme officiel élaboré par le Ministère de la Santé. Il s'agit d'une formation en alternant des périodes en organisme de formation et des périodes de stage où l'apprenant concrétise les enseignements théoriques dispensés à l'Institut de Formation des Ambulanciers 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[1] attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'ambulancier.**

- Production, avant la date d'entrée au premier stage, **d'un certificat médical attestant que le candidat 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,**
**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.

La formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier en Institut de Formation des Ambulanciers a un coût :

**TARIFS 2027 : 5 000 euros en cursus complet.**

Ce dernier peut être :

- Prise en charge par France Travail sous certaines conditions.
- 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 par le Compte Personnel de Formation (CPF).
- Financé personnellement.

**Les résultats du processus de sélection sont affichés au siège de l'institut de formation concerné, dans un lieu accessible à toute heure à la consultation, et publiés sur son site internet.**
**Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats.**

[1] Les listes des médecins agréés sont disponibles auprès de l'ARS de votre département.

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

**Institut de Formation des Ambulanciers (IFA)**
C.F.A. Pasteur Campus 2 :
136 rue Georges Charpak
51430 Bezannes
☎ : 03 26 87 88 38
: pasteur-ifas@cfpast.com
: formateur-ifas@cfpast.com

# DOSSIER D'ADMISSIBILITÉ POUR L'ENTRÉE EN FORMATION CONDUISANT AU DIPLÔME D'ÉTAT D'AMBULANCIER (DEA) – JANVIER 2027

**A renvoyer uniquement par mail à : pasteur-ifas@cfpast.com et formateur-ifas@cfpast.com**

**Dates d'inscription** : du 05/10/2026 au 13/11/2026 **Épreuve d'admissibilité :** du 16/11/2026 au 20/11/2026

## IDENTITÉ DU CANDIDAT :

**PHOTO**
(À agrafer)

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 : _____

## DIPLÔME A L'INSCRIPTION :

☐ Bac ASSP ☐ Bac SAPAT ☐ Autre Bac (préciser) : _____

☐ Titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V

☐ DEAP ☐ MCAD ☐ DEAMP ☐ DEA ☐ CCA

☐ TPAVF ☐ VAE ☐ DEAVS ☐ DEAES (depuis 2017) (Préciser la spécialité : _____)

☐ Titre ou diplôme étranger permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu)

☐ Étudiants ayant suivi une 1ère année d'études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et n'ayant pas été admis en 2ème année)

☐ Aucun titre ou diplôme

## 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) ;
  - Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maitrise de la langue française ;
- Le 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 effectué dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route avec le CERFA N°14880*02 – Avis 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 des diplômes originaux ou titres traduits en français, permettant la dispense de certains modules de formation. Le cas échéant, la copie de vos relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;
- Selon votre profil, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) de société de transport sanitaire ;
- Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'ambulancier ;
- Pour les candidats ayant exercé au moins 1 mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier ou comme conducteur d'ambulance, dans les 3 dernières années, fournir l'attestation d'employeur (Annexe VI) ;
- Pour la seconde épreuve, l'entretien d'admission, fournir l'attestation de suivi de stage (Annexe IV) ;
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et de la carte vitale ;
- Une photocopie des justificatifs de prise en charge des frais de formation soit par CPF, soit par votre employeur, soit par France Travail ou un autre organisme de financement ;
- Certificat de scolarité de l'année passée ;
- 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.

**LE CANDIDAT DOIT CLASSER CHAQUE PIÈCE DU DOSSIER D'ADMISSIBILITÉ DANS L'ORDRE CI-DESSUS.**

**LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'ADMISSION ÉTANT UNE ÉPREUVE DE SÉLECTION, AUCUNE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE NE POURRA ÊTRE DONNÉ.**

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

## NOTICE : DÉROULEMENT DES ÉPREUVES

L'admission en formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier (DEA) est subordonnée au processus de sélection des candidats défini à l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État d'Ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier.
Le candidat relevant de la formation par alternance doit disposer d'un contrat de formation en alternance.

Le processus de sélection des candidats est organisé par les Instituts de Formation des Ambulanciers (IFA) et divisé en deux épreuves : un dossier d'admissibilité et un entretien d'admission.

### → Épreuve 1 : Dossier d'admissibilité

Dépôt du présent dossier d'admissibilité dans les délais impartis auprès de l'Institut de Formation des Ambulanciers (IFA) du Pôle de Formation Pasteur par mail uniquement :

pasteur-ifas@cfpast.com et formateur-ifas@cfpast.com

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié au regard des attendus de la formation figurant dans l'arrêté du 11 avril 2022 et noté sur 20 points par un binôme d'évaluateurs composé d'un ambulancier diplômé d'Etat en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du DEA, et d'un formateur permanent ou d'un directeur en Institut de Formation d'Ambulanciers.

### → Stage d'observation d'une durée de 70 heures

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 conformément à l'article 19 du présent arrêté, pendant une durée de 70 heures.

Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.

A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat l'attestation de suivi de stage remplie et signée (Annexe IV).

Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

### → Épreuve 2 : Entretien d'admission

Une convocation précisant la date et le lieu de l'entretien vous sera adressée par courrier.
Elle devra impérativement être présentée le jour de l'épreuve.

L'entretien d'admission est évalué par un jury d'admission, composé :

– d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique ;

– d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du DEA ou d'un ambulancier diplômé d'État en exercice depuis au moins trois ans.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est notée sur 20 points.
Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points).

Cette épreuve a pour objet :

- d'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- d'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- d'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

# NOTICE : DISPENSES DES ÉPREUVES

## → Dispense pour le dossier d'admissibilité

Sont dispensés de l'admissibilité sur dossier et peuvent accéder directement à l'entretien d'admission :

- 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 candidats ayant signés un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et d'une convention de formation ;

- 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, comprend uniquement un dossier d'admission dont les pièces sont celles du dossier d'admissibilité ;

- Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et remplissant l'une des quatre premières conditions, doivent fournir l'attestation d'employeur (Annexe VI) ou, à défaut, tout document officiel justifiant de l'exercice professionnel.

## → Dispense pour le stage d'observation

Sont dispensés du stage d'observation :

- le candidat ayant exercé au moins 1 mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier, dans les 3 dernières années ;

- les candidats issus de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris ou de la brigade des marins-pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de trois années ;

- Les candidats ayant signés un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et d'une convention de formation ;

- 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, comprend uniquement un dossier d'admission dont les pièces sont celles du dossier d'admissibilité ;

## → Dispense pour l'entretien d'admission

Sont dispensés de l'épreuve d'entretien d'admission :

- Les candidats ayant signés un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et d'une convention de formation ;

- 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, comprend uniquement un dossier d'admission dont les pièces sont celles du dossier d'admissibilité.

| Département des Politiques de Ressources Humaines en Santé | **ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTRÉE EN FORMATION DE ……..** | 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 ……**04/01/2027**……..

Nom de l'étudiant / élève :……

Nom de naissance :……

Prénom :……

Date de naissance :……/……/……..

Âge : ……..…

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

**Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA**

## DIPHTÉRIE-TÉTANOS-POLIO-COQUELUCHE (DTPC)

1ère injection le : …. /…. /…..

2ème injection le : …. /…. /…..

3ème injection le : …. /…. /…..

1er Rappel : …. /…. /….. Âge :

2ème Rappel : …. /…. /….. Âge :

3ème Rappel : …. /…. /….. Âge :

4ème Rappel : …. /…. /….. Âge :

5ème 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 Hbs** | **>100 UI/L** | **Immunisé** |
| | **10 -100 UI/L** | **Réaliser Ag HBs** (si Ag HBs négatif : immunisé) |
| | **<10** | **Non protégé :** Reprendre le schéma vaccinal |
| **En cas de doute : CONSULTER LE MÉDECIN AGRÉE RÉFÉRENT ARS** | | |

**Immunisation :** ☐ Oui ☐ Non

VACCINATION INFO SERVICE.FR
Le site de référence qui répond à vos questions

Santé publique France

## 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 1er 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 04/01/2027**

CACHET DU MÉDECIN AGRÉÉ

# CERTIFICAT MÉDICAL

Réalisé par un médecin agréé

Destiné à l'admission à l'Institut de Formation d'Ambulanciers
du Pôle de Formation Pasteur – Campus 2 Bezannes

Je soussigné(e),
……..…

Certifie que Mr, Mme :
……..

**Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession AMBULANCIER pour la rentrée de janvier 2027** .

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 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier, dans sa version en vigueur.
L'Article R. 221-10 du Code de la route, autorisation délivrée par la préfecture après un examen médical approfondi chez un médecin agréé pour le contrôle des permis de conduire.
L'Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts paramédicaux, régissant le suivi médical global des étudiants.

# ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Nom marital éventuel : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél : ..... Mail : .....

**DATE DE 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. : ..... Mail : .....

Nom et fonction du responsable du suivi du stage d'observation :.....

**APPRÉCIATION 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 :

# ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR POUR LES PERSONNES AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS EN QUALITÉ D'AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D'AMBULANCE

**CANDIDAT :**

Nom : ..... Nom marital éventuel : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél : ..... Mail : .....

**PÉRIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :**

Du ..... au .....

**ENTREPRISE :**

Nom : ..... N° Siret : .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Mail : .....

Nom et fonction du responsable de l'entreprise :.....

**APPRÉCIATION DE L'EMPLOYEUR :**
(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) | | | | | |
| Motivation professionnelle | | | | | |
| Exactitude, rigueur | | | | | |
| Maîtrise d'un véhicule sanitaire | | | | | |
| BILAN | | | | | |

Cachet et signature du responsable de l'entreprise : Date :

cerfa
N°14880*02

# PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

## 1 ETAT CIVIL ET COORDONNEES 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 ☐ Homme ☐ 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

| A1 | A2 | A | B1 | B | BE | C1 | C1E | C | CE | D1 | D1E | D | DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**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

Observations :

☐ **INAPTE** ☐ Groupe léger ☐ Groupe lourd

## 6

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

☐ ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager 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'usager (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins