






C.E.S.U. 45

CENTRE d'ENSEIGNEMENT DES SOINS D'URGENCE 45

Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CESU 45
CS 86709
45067 ORLEANS CEDEX 2

AUXILIAIRE AMBULANCIER

 02.38.22.97.79
 www.cesu-45.net
 cesu45@chr-orleans.fr



INSCRIPTION

Clôture des dossiers d'inscription : 09 août 2019

FORMATION

Début de formation : 09 septembre 2019

Fin de formation : 20 septembre 2019

Capacité d'accueil : 12 personnes (candidature retenue par ordre d'arrivée et dossier complet)

Lire attentivement la page 5



FICHE D'INSCRIPTION (septembre 2019)

NOM : Nom de Jeune Fille :

Prénom : Sexe

Adresse :

Code Postal : Commune :

Né(e) le : Lieu de naissance :

Département de naissance : Pays (si né hors de France) :

N° de sécurité sociale avec la clé :

 Domicile :  Portable :
(Préciser si Liste Rouge)

Courriel :

Prise en charge financière : personnelle Employeur Autre

Pour constituer votre dossier, veuillez vous reporter à la page 5, toute pièce manquante fera l'objet d'un refus.

Je soussigné (e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Fait à

Signature du candidat

Le

Nombre de pièces fournies : ___ / 7



DOCUMENT A CONSERVER PAR LE STAGIAIRE

N° d'Existence : 244 58 00 16 45

N° APE : 8532 Z

N° de Siret : 264 500 091 00253

Formation AUXILIAIRE AMBULANCIER

de : Monsieur ou Madame

D E V I S

FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

La formation d'auxiliaire ambulancier est d'une durée de 70 heures :

Durée Hebdomadaire : 35 heures.

La formation débutera le : **09 septembre 2019,**

et se terminera le : **20 septembre 2019.**

Pour 2019, les frais de formation s'élèvent à : 750 Euros (non assujettis à TVA).



Constitution du dossier

Conformément à l'arrêté du 26 septembre 2006, de l'arrêté du 18 septembre 2007 et de l'arrêté du 28 septembre 2011 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier

PIECES A JOINDRE DANS TOUS LES CAS

- ↪ Disposer du **permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité**. Ne pas être titulaire d'un permis de conduire probatoire. A compter du **01 Septembre 2004**, permis de plus de trois ans (2 ans pour la conduite accompagnée) **art. L 223-1** du code de la route (*fournir une **photocopie recto-verso***) *Si conduite accompagnée, fournir la photocopie du carnet de l'auto-école.*
- ↪ Posséder l'attestation préfectorale de **conduite des ambulances** après examen médical **art R 221-10** du code de la route. (*fournir une **photocopie recto-verso***).
- ↪ Fournir le **certificat médical (joint)** de vaccinations conforme aux conditions d'immunisation des professionnels de santé.
- ↪ Joindre la **Fiche d'Inscription complétée et signée ci-jointe**.
- ↪ Posséder le **PSC 1 (Prévention et Secours Civique de niveau 1)** ou une attestation de formation continue du PSC 1 datant de moins de 2 ans au moment de l'entrée en formation.
- ↪ 1 **photo d'identité**.

En cas de manquement d'une des pièces ci-dessus, votre dossier vous sera renvoyé par courrier et ne sera pas pris en compte.

- ↪ Le **certificat médical (joint) de non contre-indication à la profession** (par un médecin agréé par l'ARS de votre département, liste jointe) sera à compléter et à nous envoyer **1 mois** avant le début de la formation.

IMPORTANT

↪ *A noter qu'une grossesse en cours au moment de l'entrée en formation rend inapte la candidate à suivre la formation et ce jusqu'à la naissance de l'enfant. Il faudra donc reporter la formation à une date ultérieure à l'accouchement.*

En dehors du cas ci-dessus, l'aptitude médicale à suivre la formation peut être réévaluée en permanence par le médecin responsable du CESU 45 pouvant de ce fait prononcer une décision d'inaptitude temporaire ou définitive et ce sans appel possible.



Certificat médical d'aptitude à la fonction d'auxiliaire ambulancier à remplir par un médecin agréé par l'ARS

(La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'ARS de votre région en indiquant «Médecin agréé» dans un moteur de recherche).

***Ce certificat doit être rempli dans le mois qui précède la formation,
À partir du 09 août 2019***

Je soussigné (e), Docteur.....

agréé par l'ARS.....

Certifie avoir examiné ce jour : M., Mme, Mlle.

J'ATTESTE :

que le (la) candidat(e) ne présente pas de contre-indications à la profession d'auxiliaire ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre ...) pour la session de septembre 2019.

Date

Signature du praticien agréé ARS

Cachet du praticien



Certificat médical de vaccinations

Tout élève d'un établissement préparant à l'exercice des professions de santé **doit être immunisé** contre l'hépatite B, diphtérie, tétanos et la poliomyélite (article L.3114-4 du code de la santé publique).

Nom : Prénom :

IDR de référence :	mm	Date :
--------------------	----	--------

VEUILLEZ ECRIRE LISIBLEMENT

	Dates D.T.P.	Dates Hépatite B
1ère injection		
2ème injection		
3ème injection		
rappel 1 an		Date et dosage anticorps anti Hbs obligatoire
rappel		pour être immunisé : >10 mUI/ml
rappel		date
rappel		UI/l

Ce certificat établi à la demande de l'intéressé(e) pour servir et faire valoir ce que de droit.

Cachet du praticien

Signature du praticien

Date

Hépatite B –Obligatoire en milieu professionnel,

L'article L.3111-4 du Code de la santé publique (CSP) rend obligatoire l'immunisation contre l'hépatite B pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination et pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé. Cette immunisation vise en premier lieu à protéger ces personnels. Elle permet également de protéger les patients vis-à-vis de la transmission de ce virus par un soignant. Arrêté du 6 mars 2007 et Arrêté du 2 août 2013 détaillé par l'annexe I et l'annexe II (détermine la conduite à tenir face à une personne «non répondeuse» à la vaccination contre l'hépatite B, bien qu'ayant reçu un schéma complet de vaccination).

Une contre-indication à la vaccination hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers une profession médicale ou paramédicale.



PROGRAMME

LA FORMATION

MODULE 1	Les urgences vitales avec validation de l'AFGSU2
MODULE 2	Déontologie
MODULE 3	Hygiène
MODULE 4	Ergonomie et manutention du patient
MODULE 5	Règles du transport sanitaire

Une attestation de présence et de formation sera délivrée à l'issue des 70 heures ainsi qu'une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.