

N° de dossier :

Aucune épreuve



Fiche d'inscription - Rentrée Septembre 2018
Epreuves de sélection pour l'admission dans les
écoles

D'AMBULANCIER EN PARCOURS MODULAIRE

CLOTURE DES INSCRIPTIONS : 18 mai 2018

Etat civil

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom de naissance :	Nom d'usage :
Prénom :	Date de naissance :
Téléphone fixe :	Lieu de naissance :
Téléphone portable :	Département de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Mail (votre accusé réception vous sera envoyé par mail) :	
N° identifiant Pôle Emploi :	Pôle Emploi de rattachement :

Diplôme permettant l'accès en formation modulaire

- DEAVS
- ADVF
- DEAP
- DEAS
- IDE
- Masseurs Kinésithérapeute, pédicure et podologue
- Ergothérapeute et psychomotricien
- Manipulateur d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoire médical

Financement de la formation en cas d'admission

- Personnel
- Employeur
- Organisme financeur (Fongécif, ANFH, OPCA, ...)
- Autre (Conseil Général, Conseil Régional, ...)

Engagement

Je certifie exacts tous les renseignements figurant sur cette fiche d'inscription. Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration entraînera automatique l'annulation d'une éventuelle admission. **Je reconnais que les frais de sélection ne sont pas remboursables.**

J'accepte sans réserve le règlement qui régit le concours.

Date et signature du candidat, précédé de la mention « **lu et approuvé** »

Cadre réservé à l'Institut			
<input type="checkbox"/> Copie pièce identité	<input type="checkbox"/> Copie permis de conduire	<input type="checkbox"/> JDC	<input type="checkbox"/> Document de stage de découverte
<input type="checkbox"/> Copie diplôme	<input type="checkbox"/> Copie carte verte	<input type="checkbox"/> 3 enveloppes	<input type="checkbox"/> Attestation employeur
<input type="checkbox"/> Règlement	<input type="checkbox"/> Chèque N°	Banque	
	<input type="checkbox"/> Espèce le		

Pièces à joindre au dossier

<input type="checkbox"/> Dossier d'inscription complété et signé
<input type="checkbox"/> Photocopie recto verso de : <ul style="list-style-type: none">- La carte nationale d'identité en cours de validité OU- Passeport en cours de validité OU- Carte de séjour en cours de validité
<input type="checkbox"/> Photocopie recto verso du permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et obtenu depuis 3 ans ou plus ou 2 ans si conduite accompagnée
<input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation préfectorale à la conduite d'ambulance (carte verte) en cours de validité après examen médical délivré par un médecin agréé par la Préfecture (liste disponible en Préfecture ou sur Internet)
<input type="checkbox"/> Dossier médical complété par le médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (liste disponible sur internet)
<input type="checkbox"/> Sérologie Anti HBS et Anti HBC
<input type="checkbox"/> Attestation de suivi de la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense <ul style="list-style-type: none">- Pour les hommes nés à partir de 1979- Pour les femmes nées à partir de 1982
<input type="checkbox"/> Attestation de l'employeur justifiant de l'expérience professionnelle d'auxiliaire ambulancier ou chauffeur ambulancier pendant 1 mois minimum (page 11)
<input type="checkbox"/> 3 enveloppes timbrées à l'adresse du candidat
<input type="checkbox"/> Règlement de 70 € à l'ordre de la Croix Rouge Française
<input type="checkbox"/> Copie du diplôme permettant l'accès à la formation en parcours modulaire

Dossier à retourner à
Croix Rouge Française – IFSS
18 rue Louis Morin
10000 TROYES

En recommandé avec accusé de réception

Ou à déposer dans nos locaux

Avant le 18 mai 2018

Cachet de la poste faisant foi

DOSSIER MEDICAL

A remplir par le médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e), Docteur -----

Certifie avoir examiné ce jour : -----

J'atteste :

- De non contre indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre, ...)
- Qu'il (elle) a subi les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite ou qu'il (elle) a reçu depuis les dates de vaccinations, une injection de rappel tous les 5 ans
- Qu'il (elle) a subi les vaccinations contre l'hépatite B
- Qu'il (elle) est :
 - indemne de toute infection tuberculeuse
 - Peut être considéré(e) comme guéri(e)
- Qu'il (elle) a subi les vaccinations contre le BCG et contrôlé(e) il y a moins de 3 mois par une IDR à 10 UI de tuberculine qui s'est révélée positive :
 - Spontanément
 - Après vaccination au BCG

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

Lieu, date et signature du médecin agréé :

Cachet du médecin agréé

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION D'AMBULANCIER
A faire compléter par le médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

Je soussigné(e), Docteur -----

Certifie que ----- a reçu les vaccinations suivantes :

Compléter impérativement les dates en précisant JJ/MM/AA

Diphtérie – Tétanos – Polio - Coqueluche			
1 ^{ère} injection	Date :		
2 ^{ème} injection	Date :		
3 ^{ème} injection	Date :		
1 ^{er} rappel (18 mois)	Date :		
2 ^{ème} rappel (5 – 6 ans)	Date :		
DTP		DTPC	
Rappel 11 – 12 ans	Date :	Rappel 11 – 12 ans	Date :
Rappel 16 – 17 ans	Date :	Rappel 16 – 17 ans	Date :
Rappel 25 ans :	Date :	Rappel 25 ans :	Date :
Rappel 45 ans :	Date :	Rappel 45 ans :	Date :
Tuberculose			
1 ^{er} BCG	Date :		
IDR récente à 5 U	Date :	Résultat	<input type="checkbox"/> négatif (de 0 à 5 mm) <input type="checkbox"/> Taille de l'induration en mm :

Avez-vous déjà eu la varicelle ?

Oui Non (fournir une sérologie, si négative la vaccination est recommandée)

Vaccination contre l'hépatite	Dates	Conditions d'immunisation
Vaccination AVANT l'âge de 25 ans	Date : Date : Date :	Fournir la sérologie
Anti corps anti HBS Anti corps anti HBC	Date de sérologie :	
Vaccination APRES l'âge de 25 ans	Date : Date : Date : Date :	Fournir la sérologie
Anti corps anti HBS Anti corps anti HBC	Date de sérologie :	

Fait à :

Le :

Signature et cachet :

Informations relatives à l'organisation de la formation

Dates de formation

Septembre 2018 – Janvier 2019

Lieu de formation

Croix Rouge Française – Institut de formation sanitaire et sociale
18 rue Louis Morin
10000 Troyes

Pas de salle de restauration sur place

Horaires de formation

De 8 h 45 à 12 h 15 et de 13 h 45 à 17 h 15 du lundi au vendredi

Coûts de formation

Frais pédagogiques :

- Nous consulter

Frais annexe :

- Tenues de stage : frais à prévoir à l'entrée en formation
- Déplacements en stage
- Hébergements pendant les stages

Vous souhaitez un financement de la Région Grand Est

Eligibilité :

- Jeune en poursuite d'étude : personne ayant achevé sa scolarité moins de 2 ans avant le démarrage de la formation
- Demandeur d'emploi non démissionnaire après la clôture des dossiers d'inscription
- Salarié dont le contrat de travail arrive à échéance au plus tard dans les 7 jours qui suivent le début de la formation
- Salarié dont le contrat de travail n'excède pas 18 heures par semaine ou 78 heures par mois en moyenne durant les 6 mois précédant l'entrée en formation
- Salarié ayant démissionné :
 - o D'un contrat aidé
 - o Pour suivre son conjoint
 - o Pour non paiement des salaires
- Salarié dont le contrat de travail est rompu d'un commun accord ou à l'initiative de l'employeur :
 - o Licenciement
 - o Fin de CDD
 - o Rupture conventionnelle du CDI dans le cadre fixé par le code du travail
 - o Rupture anticipé d'un CDD

Démarches :

- Aucune démarche à effectuer
- L'ensemble des documents à compléter et à fournir seront transmis à l'entrée en formation

ATTENTION NE SONT PAS FINANCEES LES PERSONNES :

- Exerçant en tant que travailleurs non-salariés (auto-entrepreneurs, commerçants, professions libérales, ...)
- En congé parental
- En situation d'emploi ou tout salarié qui maintient un lien juridique avec un employeur :
 - o Congé sabbatique
 - o Mise en disponibilité
 - o Congé de formation professionnelle
- Ayant démissionné d'un emploi entre la date de clôture des inscriptions au concours et la rentrée
- N'étant pas en mesure de justifier leur situation

Vous êtes salarié en CDI

Vous devez :

- Justifier de 24 mois d'activité salariée, consécutif ou non, dont 12 mois d'ancienneté dans une entreprise du secteur privé, au cours des 5 dernières années

Démarches :

- Prendre contact avec le Directeur des Ressources Humaines de l'entreprise
- Demander le nom de l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA)
- Prendre contact avec l'OPCA pour demander un dossier de Congé Individuel de Formation (CIF)
- Constituer votre dossier de demande de prise en charge
- Parallèlement constituer votre dossier d'inscription au concours

ATTENTION : votre dossier de demande de financement doit être déposé avant les épreuves de sélection

Vous êtes salarié en CDD

Vous devez :

- Justifier de 24 mois d'activité salariée, consécutif ou non, au cours des 5 dernières années dont 4 mois consécutifs ou non au cours des 12 derniers mois (la durée passée en contrat de professionnalisation ou d'apprentissage est prise en compte)

Démarches :

- Prendre contact avec le Directeur des Ressources Humaines de la dernière entreprise si le CDD est terminé
- Demander le nom de l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA)
- Prendre contact avec l'OPCA pour demander un dossier de Congé Individuel de Formation (CIF)
- Constituer votre dossier de demande de prise en charge
- Parallèlement constituer votre dossier d'inscription au concours

ATTENTION : votre dossier de demande de financement doit être déposé avant les épreuves de sélection

Vous souhaitez utiliser vos heures de CPF (ex DIF)

Qui peut en bénéficier ?

- demandeur d'emploi
- personnes sans emploi
- les jeunes sortis du système scolaire en recherche d'emploi

Chaque personne peut mobiliser son CPF **sans avoir à demander l'accord de Pôle emploi**. La formation sera prise en charge par le Fonds Paritaire de Sécurisation des Parcours Professionnels. Toutefois, celle-ci fera l'objet d'un financement sous réserve de crédits suffisants sur le Compte Personnel de Formation et que la formation demandée soit « éligible ».

Démarches :

- Créer votre compte CPF sur <http://www.moncompteformation.gouv.fr/>
- Constituer votre dossier de demande de prise en charge
- Parallèlement constituer votre dossier d'inscription au concours

Vous êtes commerçant

Démarches :

- Prendre contact avec l'AGEFICE pour demander un dossier de demande de prise en charge
- Constituer votre dossier de demande de prise en charge
- Parallèlement constituer votre dossier d'inscription au concours

Vous êtes artisan

Démarches :

- Prendre contact avec le FAFCEA pour demander un dossier de demande de prise en charge
- Constituer votre dossier de demande de prise en charge
- Parallèlement constituer votre dossier d'inscription au concours

Vous êtes dans une autre situation



CROIX ROUGE FRANCAISE IRFSS GRAND EST

Institut de Troyes

18 rue Louis Morin – 10000 TROYES

Tel : 03 25 81 41 00 – Fax : 03 25 46 18 43

Mail : ifss.troyes@croix-rouge.fr

Retrouvez toutes nos formations sur le notre site internet :

<http://irfss-champagne-ardenne.croix-rouge.fr>