



Version IFA 2023/04/20

## IFSanté Chartres

7 rue Philippe Desportes

28000 CHARTRES

☎ 02.37.30.30.86

Fax 02.37.30.32.49

Email : [secifsi@ch-chartres.fr](mailto:secifsi@ch-chartres.fr)

Site : <https://ifsi-ifas.ch-chartres.fr>

# Formation au Diplôme d'Etat d'Ambulancier

**Dossier de candidature par voie d'apprentissage**

**Session du 4 septembre 2023 au 16 février 2024**

**Sous réserve de l'évolution de la crise sanitaire (1)**

(1) Consulter régulièrement notre site internet

IFSanté Chartres – 7 rue Philippe Desportes – 28000 CHARTRES

N° SIRET 26280004800023 et TVA Intracommunautaire FR64262800048

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 2428P000928 auprès Préfet de la Région Centre Val-de-Loire

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat (Article L.6352-12 du Code du Travail)

## CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE

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 définit les modalités d'accès à la formation d'ambulancier(ère)

**La formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier est accessible, sans condition de diplôme, par les voies suivantes :**

- La formation initiale dont la formation par apprentissage ;
- La formation professionnelle continue ;
- La validation, partielle ou totale, des acquis de l'expérience, dans les conditions fixées par un arrêté du ministère chargé de la santé

**Le directeur de l'institut de formation procède à l'admission directe en formation des personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un contrat d'apprentissage, au regard des documents suivants :**

- 1 - Une copie de la pièce d'identité de l'apprenti;
- 2 - Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti;
- 3 - Un curriculum vitae de l'apprenti;
- 4 - Une copie du contrat d'apprentissage signé;
- 5 - Le permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité;
- 6 - 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;
- 7 - Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (annexe 1 et 2);
- 8 - Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (annexe 3).
- 9 - Certificat de vaccination Covid 19 (schéma vaccinal complet) – Loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire

En l'absence de validité d'un contrat d'apprentissage, les candidats sont soumis au processus de sélection défini à l'article 5 du présent arrêté et admis en formation sur la base de l'article 4.

**Les candidatures doivent nous parvenir au plus tard le 18 août 2023.**

Le dossier peut nous être adressé par :

- courrier simple à l'**IFSanté Chartres, 7 rue Philippe Desportes – 28000 CHARTRES**
- Soit adressé par courrier en recommandé avec accusé de réception à l'IFSanté (uniquement si vous souhaitez être sûr de la réception de votre dossier)
- Soit déposé au secrétariat de l'IFSanté aux horaires d'ouverture

**Modalités de financement et de rémunération des spécifiques**

Pour plus d'informations, contactez soit :

- Le **CFA Social Médico-social et Sanitaire** (notre partenaire par conventionnement)  
21 Bis rue de la Vallée Maillard  
41000 BLOIS  
02.36.41.12.18  
[contact@cfafasms.fr](mailto:contact@cfafasms.fr)
- Le Pôle Emploi, les missions locales



## ANNEXE 1 – Certificat Médical

IFSanté  
7, rue Philippe Desportes  
28000 CHARTRES  
Tél : 02.37.30.30.86  
Fax : 02.37.30.32.49  
[secifsi@ch-chartres.fr](mailto:secifsi@ch-chartres.fr)

### CERTIFICAT MEDICAL

**A remplir par un médecin agréé**  
pour une entrée en formation Ambulancier

Je soussigné, Docteur en médecine, agréé ..... certifie que :

NOM et Prénom : ..... épouse : .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) à : .....

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

présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession **d'AMBULANCIER.**

**CACHET**

Fait à .....

Le : .....

**Signature :**

# ANNEXE 2 - Liste des médecins agréés par l'ARS d'Eure et Loir



**DEPARTEMENT D'EURE-ET-LOIR**  
**LISTE DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES AGREES**  
 Liste mise à jour le 14/11/2022 - Validité : 30/09/2025  
 Annexe à l'arrêté Préfectoral n° 2022-DD28-PPSMS-MA-0051

Nom-Prénom	Prénom	Adresse	Code Postal	Ville	Téléphone
<b>MEDECINS GENERALISTES</b>					
Dr RIFFAULT	Eric	9 rue d'Alluyes	28800	BONNEVAL	02 37 47 21 32
Dr CAMUS	Eric	3A rue des Acoetas	28160	BROU	02 37 47 36 63
Dr RIVIERE	Philippe	4 rue Félibien	28000	CHARTRES	02 37 21 15 79
Dr MEZHOU	Mohamed	Centre Hospitalier - Route de Jallans	28200	CHATEAUDUN	02 37 44 44 16
Dr ROUDIERE	Camélia	MSP - 27 rue de Mansauceux	28300	CHEMUSY	02 37 43 76 96
Dr POURCYRUS	Franck	4 Place de l'Eglise	28290	COMMUNE NOUVELLE D'ARROU	02 34 40 13 37
Dr ALLOUL	Abdelaziz	Centre Hospitalier - 44 avenue du Président Kennedy	28100	DREUX	02 37 51 52 53 Poste 7246
Dr DIDOUT	Charles	MSP - 9 rue de la Gare	28230	EPERNON	02 34 40 31 52
Dr ANTOINE	Bernard	6 rue Pasteur	28120	ILLIERS-COMBRAY	02 37 24 01 05
Dr BESSE	Jean-Luc	6 rue Pasteur	28120	ILLIERS-COMBRAY	02 37 24 01 05
Dr BELGHIT-MAAHLEM	Djamila	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	02 37 24 01 05
Dr RIVOAL	Bernard	MSP - 12 rue de Châteaudun	28150	LES VILLAGES VOYEENS	06 51 67 77 66
Dr COMBECAVE-VAUD	Geneviève	Maison des Communes - 9 rue Jean Perrin	28600	LUISANT	02 37 99 27 27
Dr DEHOUVELS	Jean-Paul	Maison des Communes - 9 rue Jean Perrin	28600	LUISANT	06 11 70 60 56
Dr SAYATIER	Rim	Hôpital Privé d'Eure-et-Loir - 2 rue Roland Buthier	28300	MAINVILLIERS	06 79 85 10 91
Dr RICHARD	Jean-Jacques	58 rue Paul Deschanel	28400	NOGENT-LE-ROTRON	06 79 64 28 19
Dr COCHELIN	Jean-Pierre	29 Route de Moronval	28300	STE GEMME MORONVAL	02 37 52 53 23
					02 37 42 17 18
<b>MEDECINS SPECIALISTES</b>					
<b>ANESTHESIE REANIMATION</b>					
Dr AUBIN	Pierre-André	Centre Hospitalier - Avenue de l'Europe	28400	NOGENT-LE-ROTRON	02 37 53 75 75
<b>CARDIOLOGIE</b>					
Dr ALBERT	Franck	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	06 14 66 17 93
Dr DEMICHELI	Thibaud	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	02 37 30 32 65
<b>CHIRURGIE GENERALE</b>					
Dr HUSSET	Anis	Centre Hospitalier - 44 avenue du Président Kennedy	28100	DREUX	02 37 51 55 51
Dr PAPPALARDO	Eric	Centre Hospitalier - 44 avenue du Président Kennedy	28100	DREUX	02 37 51 52 53
<b>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE</b>					
Dr DORIO	Djiammodji	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	02 37 30 30 61
<b>GERIATRIE</b>					
Dr ADJIM	Montada	Centre Hospitalier - 34 rue du Docteur Mamoury	28000	CHARTRES	02 37 30 37 05
<b>GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE</b>					
Dr MALENGA	Marc	10 rue de la Colombe	28300	VERNOUILLET	06 60 65 62 29
<b>NEPHROLOGIE</b>					
Dr ALBERT	Catherine	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	02 37 30 30 79
<b>OPHTHALMOLOGIE</b>					

Dr LEROUX	Frédéric	1 A rue de la République	28110	LUCE	02 37 30 47 60
<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE</b>					
Dr BOUAZZA	Mannar	38 rue de Nuisement	28500	VERNOUILLET	06 60 39 96 72
<b>PNEUMOLOGIE</b>					
Dr RABUT	Hong	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	02 37 30 30 30 Poste 77364
<b>PSYCHIATRIE</b>					
Dr DUBOS	Pierre-François	CMPP - 25 rue Nicole	28000	CHARTRES	02 37 36 31 77
Dr HELARY	Philippe	CMP - 55 avenue du Général Leclerc	28100	DREUX	02 37 50 07 18
Dr PARIS	Pierre	Centre Hospitalier - 44 avenue du Président Kennedy	28100	DREUX	02 37 51 51 54
Dr SCOREI-POPESCU	Daria	Centre Hospitalier Henri EY - CPC - 1 rue des Venelles	28630	LE COUDRAY	02 37 88 75 39
Dr CRESCENT NASCIMENTO	Corentin-Damase	Centre Hospitalier Henri EY - Site de Morancez - 129 rue de Chartres	28630	MORANCEZ	02 37 30 39 70 ou 02 37 30 39 60
Dr PREVOST	Philippe				
Uniquement pour siéger au Conseil Médical formation restreinte					
<b>RHUMATOLOGIE</b>					
Dr OULD HENNIA	Ahmed	Centre Hospitalier Louis Pasteur - 4 rue Claude Bernard	28630	LE COUDRAY	02 37 30 30 30 Poste 77320
<b>UROLOGIE</b>					
Dr ABDEL KADER	Talal	Centre Hospitalier - 44 avenue du Président Kennedy	28100	DREUX	02 37 51 52 53



### ANNEXE 3 – Certificat de vaccinations

IFSanté Chartres  
7, rue Philippe Desportes  
28000 CHARTRES

## CERTIFICAT DE VACCINATIONS

**A remplir par le médecin traitant**

Tel : 02.37.30.30.86  
Fax : 02.37.30.32.49  
[secifsi@ch-chartres.fr](mailto:secifsi@ch-chartres.fr)

**Nom** ..... **Nom de naissance** .....  
**Prénom** ..... **Date de naissance** .....  
**Mail** ..... **Numéro de tél** .....

Avant votre entrée à l'école, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux.  
**NB : Pour les élèves en promotion professionnelle et ceux ayant déjà travaillé au CH Louis Pasteur de Chartres, merci de contacter le service de santé au travail aux coordonnées indiquées ci-dessus.**

<b>DIPHTERIE-TETANOS-POLIO +/- COQUELUCHE</b>	
Dernier rappel (date et nom du vaccin, joindre copie du carnet) = .....	
<b>HEPATITE B</b>	
<b>VACCINS</b>	Sérologie Hépatite B = Anticorps Anti-HBs (Un taux d'anticorps supérieur ou égal à 10UI/L est considéré comme protecteur. Si le taux est <10 ou compris entre 10 et 100 UI/L, la recherche de l'antigène HBs est nécessaire) <b>Date et Taux d'anticorps (copie labo à fournir)=</b> .....
<b>Dates et noms des vaccins (joindre copies du carnet) :</b> 1 <sup>ère</sup> injection =..... 2 <sup>ème</sup> injection =..... 3 <sup>ème</sup> injection = ..... Rappels = .....	
<b>TUBERCULOSE</b>	
<b>BCG</b> (l'obligation de revaccination a été supprimée) <b>Dates et noms des vaccins joindre copie carnet</b> (préciser le mode de vaccination : monovax, intradermique, scarification) .....	<b>TEST tuberculinique de moins de 3 mois</b> <b>Date et mesure en mm (joindre la copie du carnet)=</b> ..... .....
<b>ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE</b>	
Dates et noms des vaccins ou maladie contractée (joindre copie carnet) = ..... Si aucun vaccin ROR ou un seul : consulter médecin traitant pour nouvelle injection (nécessité d'avoir eu 2 vaccins ROR pour une immunité correcte)	
<b>SEROLOGIES VARICELLE</b>	
<b>VARICELLE</b>	
<b>Date et Taux d'anticorps (copie labo à fournir) =</b> ..... (si Varicelle dans l'enfance, sérologie inutile mais joindre copie carnet l'attestant)	
<b>RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE MOINS DE 3 MOIS</b> <b>Joindre la copie du compte-rendu</b>	

Fait le

Signature et cachet du praticien

ANNEXE 7-FICHE D'INSCRIPTION

**FICHE D'INSCRIPTION A L'ENTREE EN FORMATION D'AMBULANCIER  
SEPTEMBRE 2023**

Madame

Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> Prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>ème</sup> Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Ville **et** département ou pays de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Situation familiale :**

Célibataire

Marié

Pacs

Concubinage

Veuf

Divorcé(e)

Séparé(e)

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_ Ages : \_\_\_\_\_

J'autorise l'institut à publier mes nom et prénom sur Internet dans la cadre de la diffusion des résultats :

OUI

NON

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

À, \_\_\_\_\_ le \_\_\_ / \_\_\_ / 2023

**Signature du candidat**