



Formation



croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS

AUXILIAIRE AMBULANCIER

DOSSIER D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Site de TOULOUSE

Site de TARBES



INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE OCCITANIE

Institut de Formation d'Ambulanciers

71 chemin des Capelles – 31300 TOULOUSE

Tél. : 05.61.31.56.58 / Fax : 05.61.31.56.60

Site : www.irfss-occitanie.croix-rouge.fr

ISO
9001

BCS Certification

FICHE DE FORMATION

L'ensemble de la formation comprend 70 heures d'enseignement théorique et pratique en institut de formation et école de conduite automobile.

Domaine professionnel : SANTÉ

Filière de formation : SANITAIRE – MÉDICO TECHNIQUE

Niveau : II (Anciennement V bis)

Emploi type : AUXILIAIRE AMBULANCIER

Objectif global de la formation :

Assurer la conduite du véhicule sanitaire léger ou être l'équipier de l'ambulancier, dans l'ambulance.

Cette formation porte sur l'hygiène, la déontologie, les gestes de manutention, les règles du transport sanitaire et sur les gestes d'urgence.

Programme :

Missions de l'Auxiliaire Ambulancier :

- Composition de l'équipage et rôle de l'Auxiliaire Ambulancier,
- Organisation des secours : le SAMU, les Sapeurs Pompiers, rôle du centre 15,
- Les situations d'exception, plans de secours.

Aspects juridiques, déontologiques et administratifs :

- Le secret professionnel, obligation, responsabilité,
- Documents administratifs obligatoires,
- Facturation.

Conduite et transport Sanitaire :

- Actualisation des connaissances relatives au code de la route et à la réglementation

Techniques de relevés, manutention, brancardage.

- Principes d'ergonomie.

Les gestes et soins d'urgence avec validation GSU II

- Prise en charge d'une Réanimation Cardio-Pulmonaire en équipe avec matériel.

Le Défibrillateur Semi-Automatique (D.S.A.)

Hygiène : Règles d'hygiène :

- Hygiène corporelle (lavage des mains, port de gants à usage unique),
- Désinfection du matériel.

Méthodes Pédagogiques :

- Approche théorique en cours magistral
- Approche pratique en travail de groupe
- Mise en situation à partir de simulations et de gestion de cas concrets

Intervenants :

- Médecins
- Infirmières D.E.
- Ambulanciers professionnels en activité
- Chefs d'entreprises de transport sanitaire
- Juristes
- Directrices d'un établissement de santé

Public :

Tout public titulaire d'un permis de conduire conforme à la législation en vigueur et désireux d'intégrer des équipes d'ambulanciers évoluant dans le secteur privé.

Validation :

A l'issue des épreuves de validation des compétences, le stagiaire reçoit l'Attestation de Formation d'Auxiliaire Ambulancier.

La validation des compétences est réalisée à partir d'évaluations formatives (manutention, hygiène, règlementation, conduite) et sommatives (QCM).

Durée :

70 heures programmées sur 2 semaines consécutives (du lundi au vendredi).

Coût : 900 €

AUXILIAIRE AMBULANCIER

PROGRAMMATION DES SESSIONS 2021 TOULOUSE ET TARBES

Formations à Toulouse

Formation n°1 : du 17 au 28 janvier 2022

Formation n°2 : du 9 au 20 mai 2022

Formation n°3 : du 10 au 21 octobre 2022

Formation à Tarbes

Formation du 4 au 15 avril 2022

- Les dossiers complets sont pris par ordre d'arrivée.
- Le nombre de places est de 24 stagiaires maximum par session à Toulouse
- Le nombre de places est de 12 stagiaires maximum par session à Tarbes



FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Vous choisissez la formation n° à TOULOUSE ou TARBES

Mme M.

NOM NOM DE JEUNE FILLE

PRENOMS

DATE DE NAISSANCE

LIEU et DEPARTEMENT DE NAISSANCE.....

NATIONALITE

ADRESSE.....

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE FIXE MOBILE.....

MAIL (Obligatoire) :

PERMIS DE CONDUIRE Catégorie B délivré le :

ATTESTATION PREFECTORALE d'Aptitude à la conduite des ambulances obtenue le :

DIPLOME(S) SCOLAIRES OBTENUS

EMPLOI DEJA EXERCE (**A remplir obligatoirement**) :

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT SALARIÉ(E)? OUI NON CDI CDD AUTRE...

CONTRAT DU.....AU.....

SI NON : N° d'inscription à Pôle emploi :Date d'inscription à Pôle emploi.....

ELEMENTS A JOINDRE A LA FICHE D'INSCRIPTION

- 1 - La fiche d'inscription ci-jointe, dûment complétée
- 2 - Un Curriculum Vitae (CV)
- 3 - Pour les demandeurs d'emploi qui souhaitent demander une place financée par le Conseil Régional :
 - une fiche de prescription à demander au Pôle Emploi, mission locale, etc...
 - votre dernier avis de situation Pôle Emploi
 - une lettre de motivation
 - la copie de votre carte vitale
- 4 - Une photocopie **recto-verso** de votre permis de conduire catégorie B en cours de validité dont la **période probatoire est expirée**
- 5 - Une photocopie **recto-verso** de votre pièce d'identité en cours de validité
- 6 - **Une photocopie** de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances (carte ou cerfa n°14880*02) délivrée après examen médical, par un médecin **agréé par la Préfecture** (voir la liste sur internet) : **Vous devez conserver le document original afin de l'envoyer à la Préfecture**
- 7 - Le certificat médical **original ci-joint** de non contre-indication à la profession d'ambulancier, complété **par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé** (voir la liste sur internet) : **Vous devez conserver une copie du document pour vos futurs employeurs**
- 8 - L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires **originale ci-jointe**, conforme à la réglementation en vigueur, complétée par le médecin de votre choix (**l'immunité doit être acquise au moment de l'inscription**). **Les photocopies de certificats médicaux et de carnets de vaccinations ne sont pas acceptées.**
Vous devez conserver une copie du document pour vos futurs employeurs
- 9 - Un chèque de 900 € du paiement des frais pédagogiques libellé à l'ordre de IRFSS de la Croix-Rouge Française ou un justificatif de la prise en charge financière. (employeur, utilisation de votre CPF....)
Pour toute demande relative au financement de la formation, veuillez contacter Mme HENON à l'adresse mail suivante : alexandra.henon@croix-rouge.fr
Les mandats ne sont pas acceptés.

Vous devez avoir souscrit **un contrat d'assurance de Responsabilité Civile en cours de validité** précisant que vous êtes garanti(e) tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci, lors de la formation, pour l'ensemble des risques suivants : **Accidents corporels causés aux tiers, Accidents matériels causés aux tiers, Dommages immatériels.** (A vérifier auprès de votre assureur).

L'attestation de formation d'Auxiliaire Ambulancier ne sera délivrée qu'aux stagiaires ayant suivi la totalité de la formation et validé les compétences acquises, et à jour de leurs vaccinations.

Dossier complet à renvoyer par courrier :

**Croix-Rouge Française
Institut de Formation des Ambulanciers
Formation des Auxiliaires Ambulanciers
71, chemin des Capelles - 31300 Toulouse**

Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

Nous collectons des données personnelles vous concernant. Elles sont utilisées par la Croix-Rouge française pour l'établissement de votre dossier pédagogique et administratif et pour le suivi de votre formation.

Toutes ces données sont utilisées à des fins professionnelles et pour le bon suivi de la formation, elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales.

Le responsable de traitement est le Président de la Croix-Rouge française et, par délégation, le Directeur général. Le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot - 75014 Paris ou DPO@croix-rouge.fr. Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant au secrétariat de la filière formation ou qualite.irfss-occitanie@croix-rouge.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Médecin : NOM Prénom
Titre et qualification
Adresse Lieu, date.....
Téléphone

Je soussigné(e) Docteurcertifie que M/Mme.....
NOM**Prénom****né(e)**.....

Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

- Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage femme ou pharmacien ;
- Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire ambulancier, auxiliaire de puériculture, brancardier, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologie, technicien en analyse biomédicales.

a été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** :

| Dernier Rappel effectué | | |
|-------------------------|------|--------|
| Nom du vaccin | Date | N° lot |
| | | |

- **Contre l'hépatite B** : selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

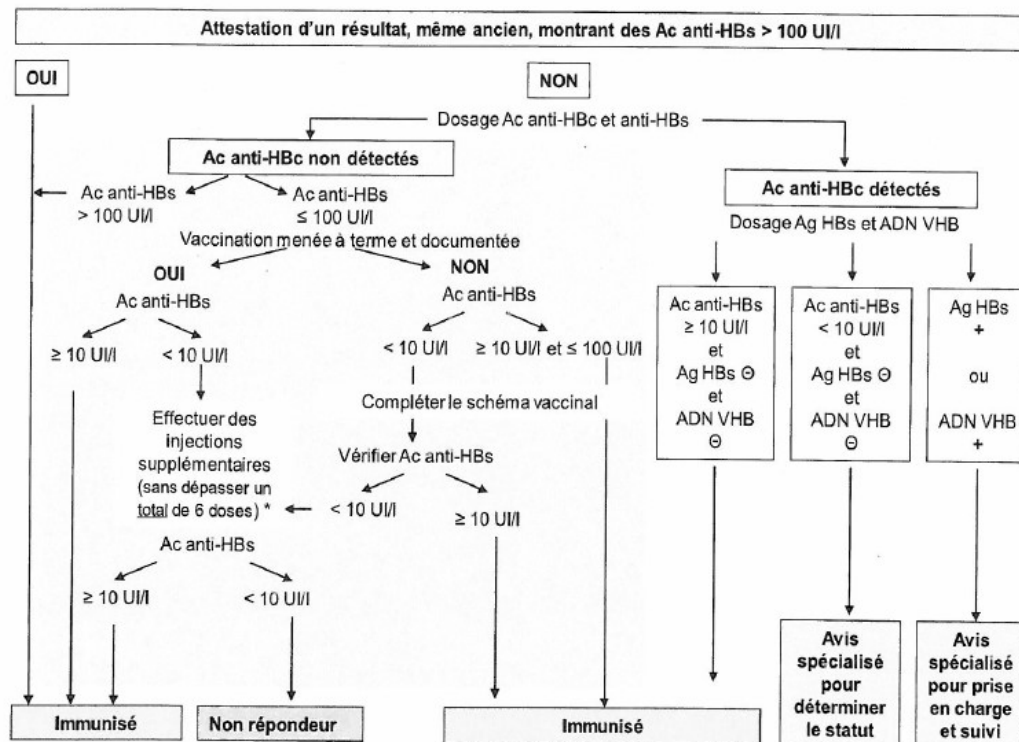
- **IDR à la tuberculine** :

| IDR à la tuberculine de moins de 6 mois | |
|---|------------------|
| Date | Résultat (en mm) |
| | |

Signature et cachet du médecin obligatoires
Date et lieu :

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)

**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION D'AMBULANCIER
(Arrêté du 26 janvier 2006 paru au JO du 25 février 2006)**

Je soussigné(e), Docteur..... **médecin agréé par
l'Agence Régionale de Santé (ARS)**, certifie avoir examiné ce jour

M

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique, aucun handicap incompatible avec la profession d'ambulancier : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...

Fait à, le

Cachet et signature obligatoires du médecin

NB : Pensez à vous présenter chez le médecin muni du carnet de santé.

MODALITES D'INSCRIPTION

Compléter les rubriques de la fiche d'inscription et joindre toutes les pièces demandées.

Le dossier doit nous parvenir par courrier en un seul envoi avec tous les éléments demandés pour être pris en compte.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.