



Cofinancé par  
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Saint-Denis, le 22 mai 2024

## Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au mardi 13 juin 2024 à 11:30

Passé ce délai, le candidat admis sur la liste principale n'ayant pas effectué son inscription administrative sera enregistré comme s'étant désisté. Un courrier lui sera adressé à cet effet.

L'IFA fera alors appel au candidat inscrit sur la liste complémentaire en rang utile.

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et ne permettra pas l'inscription et l'entrée en formation

**Attention** : L'IFA ne fera aucune relance auprès des candidats

Madame Sabrina HUBERT-PAYET  
Directeur de l'Institut de Formation des Ambulanciers

Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion  
INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS  
UF 0393  
Hôpital Félix Guyon - CS 11021 - 97400 SAINT DENIS



Cofinancé par  
l'Union européenne



*INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS*



Cher(e) candidat(e),

Vous êtes admis(e) à l'IFA du CHU de la Réunion et nous vous en félicitons.

L'Institut de Formation est accessible à tous les étudiants / élèves présentant un certificat d'aptitude à suivre la formation et les stages inhérents à la formation et dont les vaccinations sont à jour.

Afin d'assurer les mêmes chances de réussite face au diplôme, les étudiants en situation de handicap sont invités à se rapprocher du Référent Handicap de l'Institut lors de leur inscription administrative pour prendre connaissance des mesures d'accompagnement possibles et anticiper les éventuels aménagements nécessaires au bon déroulement de leurs études. Les solutions mises en œuvre le seront avec le partenariat des responsables pédagogiques et ou de stage voire de terrain de sage en fonction des besoins dans la mesure de leur faisabilité eu égard au référentiel de compétences.

**A noter :**

- Chaque année scolaire, tout étudiant en situation de handicap, reprend contact avec le référent handicap de l'institut pour bénéficier d'un nouvel accompagnement personnalisé, il n'y a pas d'automatisme, le handicap pouvant être temporaire.
- Attention, pour les étudiants / élèves en situation de handicap ayant besoin d'aménagement des examens, aucune demande ne sera acceptée au-delà d'un mois avant la date des examens. Il est impératif d'anticiper pour bénéficier des mesures nécessaires.
- Tout étudiant / élèves en situation de handicap prend contact avec le référent handicap de l'institut qui l'orientera ou l'accompagnera dès l'apparition de problèmes de santé survenant pendant la scolarité.

**Contacts et coordonnées**

Les référents handicap des IES sont :

**IES Sud**

Isabelle FONTAINE – Cadre Formateur  
Téléphone : 0262 35 59 98  
Email : isabelle.fontaine.ies-reunion.fr  
Sabine DIJOUX - Adjoint administratif  
Téléphone : 0262 35 95 70  
Email : sabine.dijoux@ies-reunion.fr

**IES Nord**

Gilbert DALLE-MULE – Cadre Formateur  
Téléphone : 0262 71 75 59  
Email : gilbert.dalle-mule@chu-reunion.fr  
Martine TECHER - Adjoint administratif  
Téléphone : 0262 71 75 49  
Email : martine.techer@ies-reunion.fr

Le référent handicap de l'établissement (en cas de promotion professionnelle) est

D.R.H

Vanessa DARID

Téléphone : 0262 71 98 14

Email : vanessa.darid@chu-reunion.fr

Françoise BELON

Téléphone : 0262 35 95 94 - Dect 5 5569

Email : francoise.belon@chu-reunion.fr

# INSCRIPTION A L'INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Si vous refusez votre affectation, veuillez nous le faire savoir en nous retournant le coupon réponse joint à votre courrier

## FORMALITÉS D'INSCRIPTION

Les candidats classés sur liste principale ont un délai de **10 jours**, suivant l'affichage des résultats, pour confirmer leur inscription à l'Institut, à l'aide du coupon réponse annexé au relevé individuel des notes, passé ce délai, le candidat est réputé avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

*L'admission définitive est subordonnée à la production de différents documents.*

### PIÈCES A FOURNIR AU SECRÉTARIAT DE L'IFA

Les jours d'inscription :

**Lundi 10 juin 2024 - Uniquement le matin** de 08h00 à 11h30 – (Candidats Antenne NORD – rang 1 à 10)  
et

**Mardi 11 juin 2024 - Uniquement le matin** de 08h00 à 11h30 (Candidats Antenne NORD – rang 11 à 20)

**Mercredi 12 juin 2024 - Uniquement le matin** de 08h00 à 11h30 – (Candidats Antenne SUD – rang 1 à 10)  
et

**Jeudi 13 juin 2024 - Uniquement le matin** de 08h00 à 11h30 (Candidats Antenne SUD – rang 11 à 20)

- Fiche d'inscription administrative dûment remplie, datée et signée (*ci-jointe*)
- Fiche – Délibération Diplôme d'Etat - Informations administratives obligatoires dûment remplie, datée et signée (*ci-jointe*)
- 1'Attestation d'engagement pour les professionnels dûment remplie, datée et signée (*ci-jointe*)
- 1'Attestation (*Statut à l'entrée en formation*) dûment remplie, datée et signée – (*ci-jointe*)
- Si vous êtes inscrit(e) à **France Travail** fournir **n° identifiant avec l'attestation d'inscription + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseiller précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'ambulancier**;
- 1 Justificatif d'adresse (*facture EDF, CISE à votre nom..., sinon : attestation s/honneur d'hébergement avec pièce d'identité de l'hébergeur + facture*) ;
- 1 Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité
- 2 Photos d'identité (*nom et prénom au dos des photos*)
- Si handicap déclaré, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (*afin d'adapter la formation à votre situation*)
- Présentation de l'original de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (*valide*)
- 1 Copie et **présentation** de l'**original** du permis de conduire
- 1 extrait de casier judiciaire n°3 de moins de trois mois - faire la demande sur le site : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20c>
- 1 attestation d'assurance de responsabilité civile individuelle pour l'année 2024/2025 (*obligatoire*) (*un avenant peu être demandé auprès de votre compagnie d'assurance qui gère votre contrat multirisque habitation - responsabilité civile*)
- 1 Photocopie de la Carte d'Identité (*recto/verso*) ou du Passeport en cours de validité
- 1 Présentation du **Diplôme original** (*pour les candidats dispensés de l'admissibilité*)
- 1 copie de **TOUS** les Diplômes (*ADVF, Baccalauréat, Licence, BTS, ...*)
- 1 copie et l'original de l'Attestation aux Gestes et Soins d'Urgence Niv.2 (*pour les candidats titulaires de l'AFGSU2*)
- 1 RIB avec code IBAN** (*à votre nom*)
- Prévoir une carte bancaire pour effectuer le paiement des droits d'inscription d'un montant de 82€ et du recueil de texte « Ambulancier » de 6.50€ et Portfolio « Ambulancier » de 9.50€ (*règlement **UNIQUEMENT** par carte bancaire le jour de l'inscription pour un montant global de 98,00€*)

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.  
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne



# FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

## CURSUS CONTINU

Collez une photo  
d'identité

1<sup>ère</sup> inscription  Redoublant  Report de scolarité  Autre.....

Dates de rentrée pour la 2<sup>ème</sup> session 2024 : Lundi 22 juillet 2024

Antenne NORD  Antenne SUD

### ÉTAT CIVIL

Madame  Monsieur  
 Nom patronymique (de naissance) : .....  
 Nom marital : .....  
 Prénoms : ..... (dans l'ordre de l'état civil – pièce identité)  
 Date de naissance : ...../...../..... Département de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Téléphone portable : .....  
 Situation familiale :  Marié(e)/Pacsé(e)  Célibataire  Vie maritale  Divorcé(e)/séparé(e)  Veuf(ve)  
 N° INE              
 Nationalité :  Française  Autre : .....

### GÉNÉRAL

N° SS                -

#### RESIDENCE PENDANT LES ETUDES

Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Email1 (attribué par l'institut) : ..... @ies-reunion.fr  
 Email2 (perso à renseigner) : ..... @ .....

#### SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans activité                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> En activité              |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiant....<br><input type="checkbox"/> Indemnisé <input type="checkbox"/> Non indemnisé<br>N° d'identifiant : .....<br>Date d'inscription : .../.../....<br>Agence : ..... | Profession : .....<br>Employeur ..... Tel : ..... |

#### SITUATION À L'ENTREE EN FORMATION

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans activité                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> En activité                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Étudiant....<br><input type="checkbox"/> Indemnisé<br><input type="checkbox"/> Non indemnisé | Profession : .....<br>Employeur ..... Tel : .....<br>Adresse Entreprise : .....<br>Code Postal : ..... Ville : ..... |

NIVEAU SCOLAIRE : .....

| DATE | DIPLÔME | SERIE | MENTION |
|------|---------|-------|---------|
|      |         |       |         |
|      |         |       |         |
|      |         |       |         |

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES :

| DATE | METIER | EMPLOYEUR |
|------|--------|-----------|
|      |        |           |
|      |        |           |
|      |        |           |
|      |        |           |

INSTITUTS DE FORMATION DEJA FREQUENTES :

| DATE | FORMATION | INSTITUTS |
|------|-----------|-----------|
|      |           |           |
|      |           |           |

## INFO. COMPLÉMENTAIRES

Personne(s) à prévenir en cas d'accident :

| NOM | PRÉNOM | TÉLÉPHONE | LIEN PARENTÉ |
|-----|--------|-----------|--------------|
|     |        |           |              |
|     |        |           |              |

Enfant :  OUI *si oui, nombre .....*  NON

|             | NOM | PRENOM | PROFESSION |
|-------------|-----|--------|------------|
| PÈRE        |     |        |            |
| MERE        |     |        |            |
| CONJOINT(E) |     |        |            |

Permis :  OUI  NON

Véhicule :  Néant  Voiture  Motocyclette  $\geq 50\text{cm}^3$   Vélomoteur – Scooter  $< 50\text{cm}^3$

Modèle : ..... Immatriculation : .....

## FINANCIER

**Rémunération pendant la formation :**

Pôle Emploi  Employeur  CIF  Bourse Régionale  Aucune rémunération  Autre (laquelle) .....

**Prise en charge des frais de scolarité :**

Conseil Régional  Paiement personnel  Employeur  CPF  CIF  Autre (laquelle) .....

COORDONNEES BANCAIRE A VOTRE NOM/PRENOM

IBAN : .....

BIC : .....

## AUTRES INFORMATIONS

En cas de handicap déclaré fournir un certificat délivré par un médecin agréé de la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) – N° vert : 0800000262 – Email : [mdph974@mdph.re](mailto:mdph974@mdph.re)

Je soussigné(e), (Nom/Prénom) .....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et confirme mon acceptation pour intégrer l'IFA du CHU de la Réunion site  Nord  Sud pour l'année 2024/2025(2<sup>ème</sup> session). Je m'engage à répondre à toutes statistique demandées par l'IFA, y compris après la formation. J'autorise l'institut à fournir tous renseignements nécessaires aux organismes financeurs.

**Tout changement de situation doit être signalé au secrétariat.**

Signature de l'élève

Saint-Denis, le...../...../20..



Cofinancé par  
l'Union européenne



**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**



**PRÉSENTATION DEVANT LE JURY RÉGIONAL  
DÉLIBÉRATION DIPLÔME D'ÉTAT**

- |                                         |                                   |                                    |                                   |                                  |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IFSI NORD      | <input type="checkbox"/> IFSI SUD | <input type="checkbox"/> IFAS NORD | <input type="checkbox"/> IFAS SUD | <input type="checkbox"/> IFAP    |
| <input checked="" type="checkbox"/> IFA | <input type="checkbox"/> ESF      | <input type="checkbox"/> IFMK      | <input type="checkbox"/> IRIADE   | <input type="checkbox"/> IRIBODE |

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES**

NOM :

(de Jeune Fille suivi du nom d'épouse)

PRÉNOMS :

(ordre de l'État Civil)

Date de Naissance :

Ville de naissance :

N° du département de naissance :

Adresse précise :

N° de téléphone (fixe/mobile) :

Courriel :

Autorisation de publication de mes résultats sur le site internet de la  
DEETS :(rayer la mention inutile)

OUI

NON

Fait à

le

Signature

Ce document doit être joint à la photocopie de la pièce d'identité

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.  
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Promotion : Juillet 2024

## Attestation d'engagement

*Si vous êtes en activité et bénéficiez d'une prise en charge\**

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

Gérant(e) de l'ambulance : \_\_\_\_\_

M'engage à régler les frais pédagogiques à l'Institut de Formation des Ambulanciers s'élevant à 6300€ (tarif professionnel) auprès du Trésor Public du CHU hôpital Félix Guyon pour

l'élève : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ ,  
le \_\_\_\_\_

Nom prénom et signature de l'élève

signature et cachet de l'Entreprise  
Bon pour accord

\*Un devis pour les frais de formation vous sera remis sur demande.

« Cette formation et cet accompagnement sont cofinancés par l'Union Européenne et la Région Réunion.  
L'Europe s'engage à La Réunion avec le Fonds Social Européen plus (FSE+) »



Cofinancé par  
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Promotion : Juillet 2024

## Attestation d'engagement

*Si vous êtes en activité et que vous financez personnellement votre formation\**

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

salarié dans la société/entreprise \_\_\_\_\_

M'engage à régler personnellement les frais pédagogiques à l'Institut de Formation des Ambulanciers s'élevant à 3 150 € auprès du Trésor Public du CHU hôpital Félix Guyon

Fait à \_\_\_\_\_,  
le \_\_\_\_\_

Nom prénom et signature de l'élève  
Bon pour accord

\*Un devis pour les frais de formation vous sera remis sur demande.





Cofinancé par  
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



**ATTESTATION**  
(Statut à l'entrée en formation)

Je soussigné(e), Mme, Mr ..... élève en formation à l'IFA du Centre  
Hospitalier de La Réunion site Félix Guyon

Cursus continu du **22 juillet 2024** au **17 janvier 2025**

confirme mon statut actuel :

- Sans activité : *Ma formation est prise en charge par la région et le Fonds Social Européen* \*1
- En activité : *Ma formation est prise en charge par un organisme de formation (citez)* \*2.....
- En activité : *Ma formation est prise en charge par l'entreprise de transport sanitaire (citez).* ....
- En activité : *Ma formation n'est pas prise en charge « Je m'engage à financer ma formation à hauteur de 3150€.* »

Selon votre statut vous **devez** :

\*1 Fournir votre n° identifiant du pôle emploi avec l'attestation d'inscription + le dernier compte rendu d'entretien avec votre conseiller précisant votre souhait d'entreprendre une formation d'ambulancier.

\*2 Effectuer les démarches de prise en charge auprès de l'organisme financeur.

Document établi pour servir et valoir ce que de droit,

Fait le .../.../.... à .....

Nom – Prénom et signature