



Saint Pierre,

23 JANVIER 2025

## Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au **03 FEVRIER 2025**

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

Monsieur Christophe MENARD  
Directeur de l'Institut de Formation des Ambulanciers

« 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+) »



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



## INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

AUXILIAIRES AMBULANCIERS

FEVRIER MARS 2025

Si vous refusez votre affectation, veuillez nous le faire savoir par mail à l'adresse : [virginie.turpin@ies-reunion.fr](mailto:virginie.turpin@ies-reunion.fr)

### ATTENTION

Le candidat classé sur liste principale devra procéder à son inscription administrative auprès du secrétariat de l'Institut, aux dates indiquées ci-dessous, muni des pièces à fournir (liste ci-dessous).

Passé ces dates, le candidat qui n'aura pas procédé à son inscription sera présumé avoir renoncé à son admission et sa place sera proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

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

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

*Les jours d'inscription :*

- Mercredi 10/02/2025-Uniquement le matin** de 08h30 à 12h00
- et*
- Vendredi 11/02/2025-Uniquement le matin** de 08h30 à 12h00

- Fiche administrative dûment complétée et signée (*document joint*)
- Attestation de prise en charge dûment complétée et signée (*document joint*)
- Certificat médical de non contre-indication à la profession (*document joint*)
- Certificat de vaccination (*document joint*)
- Si **handicap déclaré**, Attestation MDPH en cas de handicap reconnu (afin d'adapter la formation à votre situation)
- Présentation de l'**original** du permis de conduire
- Présentation de l'**original** de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance
- Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité
- Si vous êtes inscrit(e) au **Pôle Emploi** 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'auxiliaire ambulancier**

« 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



**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE  
FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**Par l'employeur ou l'organisme de formation**

Dans quel cadre (période de professionnalisation, plan formation, CIF ...) : .....

Je soussigné(e), M., Mme, .....  
Représentant(e) de :

L'entreprise .....

L'organisme financeur .....

M'engage sur l'honneur à prendre en charge les frais pédagogiques de la formation d'Auxiliaire Ambulancier de Mr, Mme ....., dispensée par l'Institut de Formation des Ambulanciers du CHU de la Réunion d'un montant de **1950 €**, dès réception du titre de recette, émis par le Trésor Public du CHU de la Réunion Site Félix Guyon. (**Toute formation commencée est due**).

Période de formation : du ..... au .....

Fait à ....., le .....

Signature et cachet de l'employeur ou de l'organisme financeur  
avec mention « *Bon pour accord* »

**Par le candidat(e)**

Vous vous engagez sur l'honneur à financer personnellement la formation.

Je soussigné(e), M., Mme, ..... candidat(e) pour suivre la formation d'Auxiliaire Ambulancier de 91 heures (dont 21h d'AFGSU2), à l'Institut de Formation des Ambulanciers.

M'engage sur l'honneur à prendre en charge les frais pédagogiques de ma formation à l'Institut de Formation des Ambulanciers d'un montant de **975 €**, dès réception du titre de recette, émis par le Trésor Public du CHU Site Félix Guyon. (**Toute formation commencée est due**).

Période de formation : du ..... au .....

Fait à ....., le .....

Signature du candidat(e)  
avec mention « *Bon pour accord* »

« 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+) »



.....  
..  
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			
MÈRE			
CONJOINT(E)			

Permis :  OUI  NON

Véhicule :  Néant  Voiture  Motocyclette >=50cm3  VéloMOTEUR – Scooter <50cm3

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 : 080000262 – 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 statistiques demandées par l'IFA, y compris après la formation. J'autorise l'institut à fournir tous  
« 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+) »

renseignements nécessaires aux organismes financeurs.

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

**Signature de l'élève**

Saint Pierre, le...../...../20..





Cofinancé par  
l'Union européenne



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



**FORMATION DES AUXILIAIRES AMBULANCIERS**  
***Session FEVRIER MARS 2025***

**CERTIFICAT MÉDICAL**

*(À compléter par le médecin agréé)*

Je soussigné(e) : ..... Docteur en médecine, médecin agréé(e) par l'Agence  
Régionale de santé (ARS) de : ..... certifie avoir examiné ce jour :

Mr – Mme – Melle : .....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la profession d'ambulancier (*TITRE I - article 2 de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié*).

Certificat établi le ...../...../.....

Signature et Cachet du médecin

**Document joint** : Liste des médecins agréés pour le département de la Réunion  
*En référence du décret n°86-442 du 14 mars 1986 -*

« 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+) »

## EXTRAIT DE LA LISTE DES MEDECINS AGREES POUR LE DEPARTEMENT DE LA REUNION

en référence au décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié par le décret du 30/02/2013

*L'agrément, prononcé sur 3 ans, se limite au périmètre suivant  
Examen des conditions d'aptitude physique des fonctionnaires ou candidats aux emplois publics  
Examen dans le cadre du régime de congés de maladie des fonctionnaires  
Participation aux comités médicaux et commissions de réforme*

### Médecine Générale

AMODE MARIMOUTOU Safia	66 rue Victor le Vigoureux	97 410 Saint Pierre	0262 96 12 20
ANOULARD Caroline	21 RN 2 Centre Ville	97 412 Bras Panon	0262 23 05 05
AQUATE Catherine	2 boulevard Doret	97 00 Saint Denis	0262 21 13 10
ARNAUD Robert	168 avenue Général de Gaulle	97 410 Saint Pierre	0262 31 00 38
BADETTI Yves	7 rue Edith Piaf	97 438 Sainte Marie	0262 53 20 20
BAGUET Dominique	24 CD 29 Montvert les Bas	97 410 Saint Pierre	0262 31 17 55
BELLON Karl	37 ter boulevard de Brest	97 420 Le Port	0262 42 07 08
BICHAT Saravanane	CHU La Réunion. Site Félix Guyon. Allée des Topazes	97 405 Saint Denis Cedex	0262 90 50 27
BOIN Jean François	11 avenue de la Grande Ourse	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 26 34 07
BOQUEL Catherine	105 rue du Général de Gaulle	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 24 40 79
BRO Caroline	125 avenue Raymond Barre	97 427 L'Etang Salé	0262 35 18 72
CALUZIO Patrick	36 rue du domaine Indigo	97 438 Sainte Marie	0693 00 10 27
CAPDEVILLE Christian	228 rue Raphaël Babet	97 480 Saint Joseph	0262 56 50 82
CASSAMALY Navchad	5 boulevard Saint François	97 400 Saint Denis	0262 30 21 93
CASSAR-PAYET Dominique	2 rue Dachery PK 11	97 430 Le Tampon	0262 27 07 03
COLOMB Michel	42 route des Palmiers	97 417 La Montagne	0262 23 63 12
CONAN Lionel	7 rue de la Chapelle - Les lianes	97 480 Saint Joseph	0262 37 52 02
DEDIEU Guillaume	22 route du Moufia	97 490 Sainte Clotilde	0262 97 44 44
DOMERCQ Alain	18 rue de la Montée des Veuves	97 438 Sainte Marie	0262 53 14 15
DOREMIEUX Marc	3 boulevard Verdun	97 420 Le Port	0262 42 01 79
DREVON Thierry	1 rue Azema	97 412 Bras Panon	0262 46 54 29
DUPUIS Olivier	19 rue Lucien Gasparin	97 400 Saint Denis	0262 21 37 62
DUPUY Bruno	146 bis rue Jonas Bègue	97 437 Sainte Anne	0262 51 03 79
FOUASSIN Stéphane	73 rue Georges Pompidou	97 433 Salazie	0262 47 53 74
GAILLARD Patrick	24 rue Sarda Garriga	97 460 Saint Paul	0262 45 21 46
GARNOIX Frédéric	4 avenue François Mitterand	97 470 Saint Benoit	0262 40 50 60
GHANTY Oumar	3 rue Joseph de Souville	97 480 Saint Joseph	0262 56 60 04
GIN Hervé	166 rue du Général Lambert	97 436 Saint Leu	0262 34 81 07
HOARAU Jean Paul	48 rue Désiré Barquisseau	97 410 Saint Pierre	0262 25 16 93
KIN SIONG Fabrice	2 rue Eugène Dayot Basse Terre	97 410 Saint Pierre	0262 25 20 11
KONAREFF Annie	50 rue Père Maître CHU La Réunion. Site Sud.	97 432 Ravine des Cabris	0262 26 50 23
LAMBERT Guillaume	Avenue du Président François Mitterand Terre Sainte BP 350	97 448 Saint Pierre Cedex	0262 35 90 00
LARAVINE Anne	73 rue Georges Pompidou	97 433 Salazie	0262 47 53 74
MAREUIL Henri	37 ter boulevard de Brest	97 420 Le Port	0262 42 07 08
MARIMOUTOU Raymond	4 rue Lucien Duchemann	97 470 Saint Benoit	0262 50 07 07
MARIMOUTOU René	66 rue Victor le Vigoureux	97 410 Saint Pierre	0262 96 12 20
MARIMOUTOU Suzelle	4 rue Lucien Duchemann	97 470 Saint Benoit	0262 50 37 47
MERCIER Christian	6 place de la Principauté d'Andorre	97 427 L'Etang Salé	0692 77 36 36
MESSAÏ Samir	Résidence du Théâtre Porte G4 7 rue de la cheminée	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 46 01 28
MOGALIA Hanna	91 rue Juliette Dodu	97 400 Saint Denis	0262 40 80 80
MOUSSA Ismaël	22 rue Bouvet BP 403	97 400 Saint Denis	0262 20 02 07
NOEL Olivier	2 allée des Hortensias Bassin plat	97 410 Saint Pierre	0262 33 21 88
OMARJEE Mahmad Farouck	1 rue Eugène Dayot	97 410 Saint Pierre	0262 25 17 47
OTTENWAEELDER Christophe	5 rue François de Mahy	97 426 Trois Bassins	0262 24 85 92
PARATIEN Uvarajen Govindah	88 Ter avenue Leconte Delisle	97 490 Sainte Clotilde	0262 29 30 24
PASTOR Paul-Luc	66 route des Palmiers	97 417 La Montagne	0262 23 63 15
PAYET Corry	42 avenue de la Palestine	97 419 La Possession	0262 26 46 87
PEREZ Christine	81 rue Romain Roland	97419 La Possession	0262 42 99 23
PIERRE Xavier	26 B rue Jules Bertaut	97 430 Le Tampon	0262 57 19 19
POLITIS Gwénaëlle	41 rue Georges Pompidou	97 470 Saint Benoit	0262 46 60 00
ROJOA Abdool	Terrasse de Montgaillard A7 Rue du Stade	97 400 Saint Denis	0692 31 53 56
SOUJAB Abdelrazaque	CHU La Réunion. Site Sud. Avenue du Président François Mitterand Terre Sainte BP 350	97 448 Saint Pierre Cedex	0262 35 93 98
SOULIGNAC Fabrice	264 rue Hubert Delisle	97 424 La Plate Saint Leu	0262 54 00 06
TCHANG Marie Thérèse	17 rue du Général Lambert	97 480 Saint Joseph	0262 56 54 30
TCHEREMKHOVITCH MOULTSON Anna	11 rue Salvador Allende	97 419 La Possession	0262 51 27 00
THIA KIME Prosper	17 rue du Général Lambert	97 480 Saint Joseph	0262 56 54 30
TIMOL Fatmah	18 rue Labourdonnais	97 460 Saint Paul	0262 22 50 52
VALENTIN Bernard	101 rue du Général de Gaulle	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 33 04 76
VAN DER PUTTEN Sylvain	29 rue Maury	97 480 Saint Joseph	0262 56 60 56
VENAULT Antoine	Maison de santé le Bosquet 4 rue du Bosquet Moufia	97 490 Sainte Clotilde	0262 31 44 71
YENG SENG William	12 rue Cayenne	97 410 Saint Pierre	0262 35 32 97
ZIEGLE Philippe	5 allée de la piscine BP 374	97 455 Saint Pierre	0693 80 04 42

« 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+) »



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



**Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées pour les étudiants et élèves des professions de santé**

Je soussigné, Docteur<sup>1</sup>.....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille suivi du nom d'usage + prénom).....

Né(e) le...../...../..... à.....

**Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :**

- 1) **Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.  
**L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage :** ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (J0,J7,J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

Résultats des dosages (OBLIGATOIRES)	Date
Anticorps Anti-HBs ..... UI / L	.....
et	
Anticorps Anti-HBc .....UI / L	.....
<b>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs &gt; 100 UI/L : sujet immunisé.</b>	
<b>Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés :</b> sujet immunisé <u>si vaccination menée à terme (3 injections au total)</u> .	
<b>Si concentration des anticorps Anti-HBs &lt; 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés :</b> réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total).	
Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination.	
<b>Si anticorps Anti-HBc détectés :</b> dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.	

<sup>1</sup> Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

- 2) **Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite** : 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.  
**Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (recommandé).**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....	.....	.....

- 3) **Rougeole, Oreillons, Rubéole** :

**Personnes nées depuis 1980** : rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

**Personnes nées avant 1980** : 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1 <sup>ère</sup> dose ROR : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose ROR : .....	.....	.....

**A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :**

- 1) **COVID-19** :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1 <sup>ère</sup> dose : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....
3 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

- 2) **Varicelle** : 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1 <sup>ère</sup> dose : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

- 3) **Grippe saisonnière** :

**A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :**

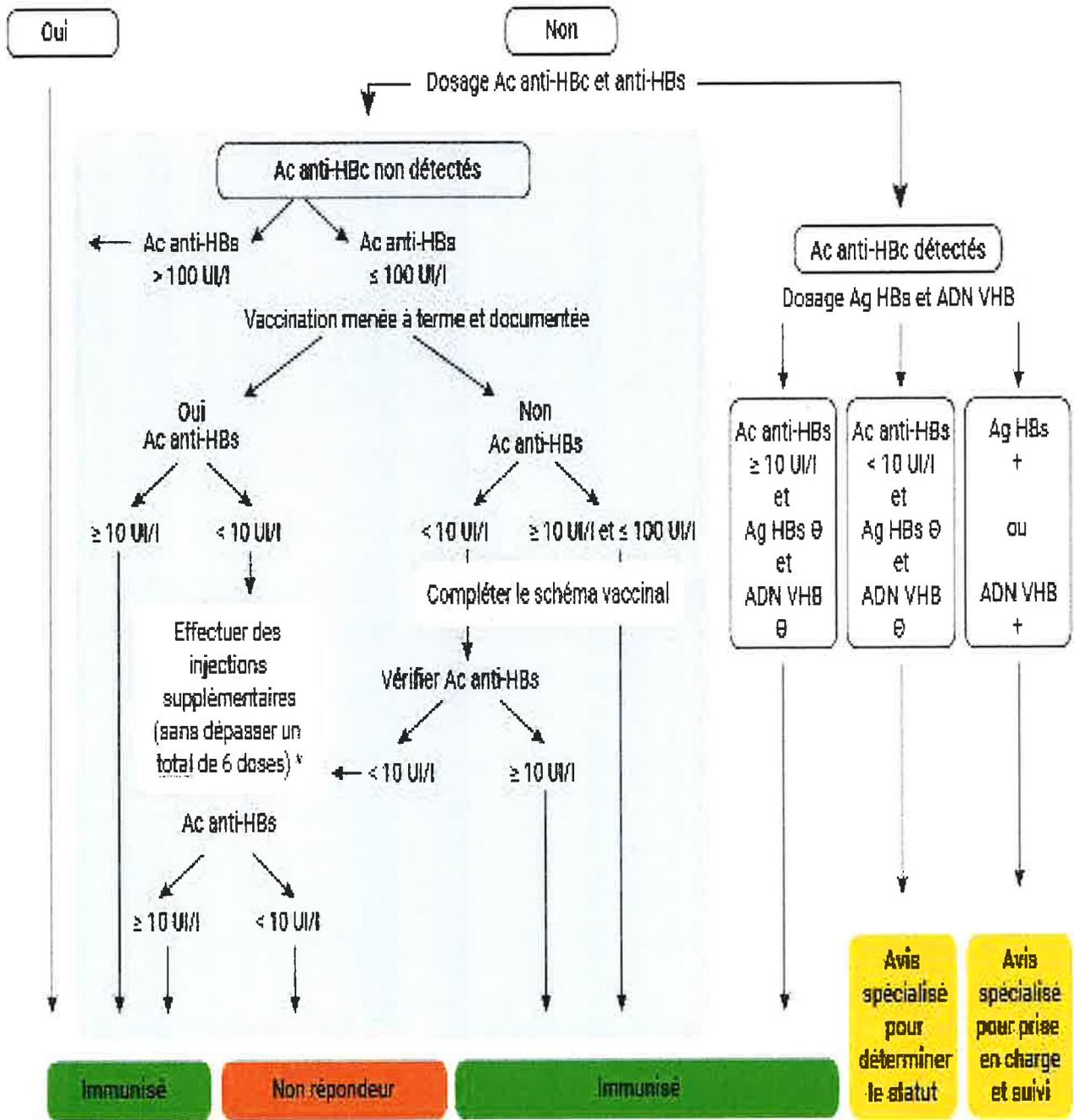
Date	Résultat
.....	.....

Fait le ...../...../.....

Signature et cachet du Médecin

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.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



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

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