

# Notice d'information et d'inscription à la formation d'Ambulancier et d'Auxiliaire Ambulancier



**AJACCIO**  
Rue Louis Nyer - Immeuble  
Le Pélican Bât A120090 Ajaccio  
Tél. 04 95 25 04 73

**BASTIA**  
Couvent Capanelle,  
Route de Ville, 20200 Bastia  
Tél. 04 95 54 10 23

**CALVI**  
Place Porteuse d'eau  
Rue Stretta di a pila  
20260 Calvi  
Tél. 04 95 36 82 43

**CORTE**  
7, Avenue Xavier Luciani  
Open Spaziu  
20250 Corte  
Tél. 07 43 16 06 24

**PORTO-VECCHIO**  
75 Quartier trinité  
Immeuble Trinitalba  
20137 Porto-Vecchio  
Tél. 04 95 20 29 39

## DEFINITION DU METIER

Conformément à l'arrêté du 11 avril 2022.

L'auxiliaire ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance. Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance.

## LA FORMATION

La formation est de **70 h** portant sur l'hygiène, les principes et valeurs professionnelles, la démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients, les principes d'ergonomie et les gestes et postures adaptés lors des mobilisations, des aides à la marche, des déplacements et des portages ou brancardages, et les règles du transport sanitaire.

Des épreuves d'évaluation des compétences sont organisées par le centre de formation.

Une formation aux gestes d'urgence (AFGSU) est dispensée dans le cadre de cette formation

A la suite de cette formation une attestation de formation est délivrée au regard des évaluations

### AJACCIO

Rue Louis Nyer - Immeuble  
Le Pélican Bât A120090 Ajaccio  
Tél. 04 95 25 04 73

### BASTIA

Couvent Capanelle,  
Route de Ville, 20200 Bastia  
Tél. 04 95 54 10 23

### CALVI

Place Porteuse d'eau  
Rue Stretta di a pila  
20260 Calvi  
Tél. 04 95 36 82 43

### CORTE

7, Avenue Xavier Luciani  
Open Spaziu  
20250 Corte  
Tél. 07 43 16 06 24

### PORTO-VECCHIO

75 Quartier trinité  
Immeuble Trinitalba  
20137 Porto-Vecchio  
Tél. 04 95 20 29 39

## CONDITIONS D'ACCES

### 1. CONDITIONS D'ADMISSION :

La formation conduisant à la profession d'Auxiliaire Ambulancier est **accessible sans condition de diplôme**.

Les candidats à cette formation doivent être titulaires :

- Du permis de conduire B conforme à la législation en vigueur et en état de validité, hors période probatoire (il faut donc avoir, avant l'entrée en formation, son permis de conduire depuis plus de 3 ans ou depuis plus de 2 ans pour les conducteurs issus de la conduite accompagnée) ;

Le permis B à embrayage automatique (BEA), appelé également permis B boîte automatique n'est pas autorisé.

- De l'avis médical d'aptitude à la conduite d'ambulance : à faire compléter par un médecin agréé par la préfecture pour les visites (liste disponible sur le site internet <https://www.corse.ars.sante.fr/index.php/media/5495/download?inline>)
- Certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur :
  - Vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite et Hépatite B.
  - Vaccins conseillés : BCG, Rougeole, Coqueluche, Rubéole, Grippe saisonnière, COVID- 19.
- Une 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

Les épreuves de sélection se font à partir d'un dossier fourni par le candidat à savoir :

- Un Curriculum Vitae
- Une lettre de motivation manuscrite (une page recto verso)

### 2. MODE DE SELECTION DES CANDIDATS :

La sélection des candidats est effectuée par un ou plusieurs groupes du jury d'admission, composés chacun :

- Du directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique ;
- D'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier ou d'un ambulancier diplômé d'Etat en exercice depuis au moins trois ans.
- Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien.

## SELECTION

Les dossiers d'inscription sont à retirer dans les centres  
de l'IFRTS ou par mail  
À partir du **LUNDI 18 NOVEMBRE 2024**

Les dossiers complets devront être déposés à l'IFRTS du  
lundi au vendredi de 9h00 à 16h00

La sélection aura lieu du *(dates à définir)*.

Une convocation vous sera délivrée par mail avec votre date et heure  
de passage.

*DATE A DEFINIR*

Les résultats de la sélection seront affichés dans les centres de l'IFRTS  
Les candidats retenus seront contactés par mail

LA RENTREE aura lieu le  
*DATE A DEFINIR*

# Fiche administrative

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél : ..... Adresse mail : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Situation de famille : Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire  Veuf(ve)

Nombre enfants : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Fin de scolarité : \_\_\_\_\_

Certification(s) obtenue(s) : \_\_\_\_\_

Êtes-vous : Salarié(e)

Demandeur(se) d'emploi  Numéro Pôle Emploi :

Bénéficiaire du RSA (ou conjoint ou ayant droit)  Reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e)

Autre (préciser)

*Cadre réservé au service administratif*

Site :

Intitulé de la formation :

N° de marché

Date de début

Tel. 04 95 25 04 73

**BASTIA**

Couvent Capannelle,  
Route de Ville, 20200 Bastia  
Tél. 04 95 54 10 23

**CALVI**

Place Porteuse d'eau  
Rue Stretta di a pila  
20260 Calvi  
Tél. 04 95 36 82 43

**CORTE**

7, Avenue Xavier Luciani  
Open Spaziu  
20250 Corte  
Tél. 07 43 16 06 24

**PORTO-VECCHIO**

75 Quartier trinité  
Immeuble Trinitalba  
20137 Porto-Vecchio  
Tél. 04 95 20 29 39

## ANNEXE 1

**DEMANDE D'ATTESTATION PREFECTORALE D'APTITUDE PHYSIQUE A LA CONDUITE DE VEHICULE  
RELEVANT DE LA CATEGORIE A ET B DU PERMIS DE CONDUIRE**

**PREFECTURE DE LA CORSE DU SUD  
DIRECTION DE LA REGLEMENTATION ET  
DES LIBERTES PUBLIQUES  
PALAIS LANTIVY  
COURS NAPOLEON  
20000 AJACCIO  
[pref-reglementation@corse-du-sud.gouv.fr](mailto:pref-reglementation@corse-du-sud.gouv.fr)**

**UNIQUEMENT PAR COURRIER**

NOM : ..... PRENOMS : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....  
TEL. : ..... COURRIEL : .....

- VTC
- TAXI
- AMBULANCE
- AUTRES (A PRECISER)

FAIT A..... LE .....  
SIGNATURE

Copie des pièces à fournir :

- 1/ recto/verso d'une pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour, ...)
- 2/ recto/verso du permis de conduire
- 3/ justificatif de domicile de moins de trois mois (factures EDF, téléphone...)

Pour les personnes hébergées :

- attestation sur l'honneur d'hébergement
- pièce d'identité de l'hébergeant
- justificatif de domicile de l'hébergeant de moins de trois mois

4/ avis médical (CERFA 14880) dûment renseigné (original du volet destiné à la préfecture)

5/ une enveloppe timbrée à vos nom et adresse

PS : Si vous détenez déjà une attestation préfectorale d'aptitude physique à un autre titre, il vous est demandé de la restituer pour établissement d'une nouvelle carte.

**PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL**  
(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 226-1 à R. 226-4 du Code de la route)  
(Arrêté du 31 juillet 2012 modifié relatif à l'organisation du contrôle médical de l'aptitude à la conduite)

N°14880\*02

**1** **ETAT CIVIL ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR À REMPLIR À L'ENCRE NOIRE, EN LETTRES MAJUSCULES SANS ACCENT NI RATURE**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
(C'est le nom qui figure sur votre acte de naissance)

Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
(Dans l'ordre de l'état civil)

Nom d'usage (s) / à lieu : \_\_\_\_\_  
(ex : nom d'épouse(s))

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Sexe : Femme  Homme  Téléphone portable (Recommandé) : \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Département ou Collectivité d'outre-mer : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_  
(Si vous êtes né(e) à l'étranger)

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° de la voie : \_\_\_\_\_ Extension : bis, ter, etc. : \_\_\_\_\_ Type de voie : avenue, boulevard, etc. : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
(Étage, escalier, appartement - Immeuble, bâtiment, résidence - Lieu-dit, Boîte postale, Commune déléguée)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Courriel (Recommandé) : \_\_\_\_\_

**2** Motif de la demande d'avis médical :  Renouvellement périodique  Nouvelle catégorie  Suspension  Après invalidation ou annulation  Autre

Catégorie(s) de permis déjà détenue(s) :  AM  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :  A1  A2  A  B1  B  BE  C1  C1E  C  CE  D1  D1E  D  DE

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :  Taxi  VTC  Ambulance  Ramassage scolaire  Transport public de personnes  Transport public à moto  Enseignant de la conduite

**AVIS DU OU DES MÉDECINS**

**3** Modalités du contrôle médical :  En cabinet médical  En commission médicale primaire  En commission médicale d'appel  Autres : \_\_\_\_\_

**3-1** Examens complémentaires demandés le \_\_\_\_\_ Examen psychotechnique réalisé le \_\_\_\_\_

**4** Le(s) médecin(s) \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ agréé(s) par le(s) préfet(s) de (s) département(s) n° \_\_\_\_\_, après contrôle médical de l'intéressé(e), émettent conformément à la réglementation en vigueur et à la liste des affections médicales compatibles avec le maintien ou la délivrance du permis de conduire, l'avis médical suivant :

**5**  **APTE** pour la durée de validité fixée par la réglementation  Groupe léger  Groupe lourd  
 **APTE TEMPORAIRE** pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_ et à réexaminer par la commission médicale :  oui  non  
 **APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :  
 dispositif de correction et/ou protection de la vision  
 autres  
 **INAPTE**  Groupe léger  Groupe lourd

Observations : \_\_\_\_\_

**6** Après contrôle médical, le médecin agréé, consultant hors commission médicale :  ne prononce pas d'avis et renvoie l'usager devant la commission médicale primaire.

**7** **DÉCLARATION EN CAS D'AVIS D'APTITUDE TEMPORAIRE, D'APTITUDE AVEC RESTRICTIONS OU D'INAPTITUDE**  
Je soussigné(e),  M.  Mme \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance des motifs d'ordre médical qui ont entraîné l'avis d'aptitude temporaire, d'aptitude avec restrictions ou d'inaptitude à la conduite.

**8** Fait le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'usager (à l'issue du contrôle médical)  
(Représentant légal si mineur)

Signature et cachet du ou des médecins

## Documents à fournir pour l'inscription à la formation d'Auxiliaire Ambulancier 2025

Fiche inscription au concours remplie **avec photo collée**

Photocopie recto-verso de la carte d'identité, en cours de validité ou titre de séjour valide pour toute la période de la formation.

La copie recto-verso du permis de conduire B en cours de validité (3 ans) ou de plus de 2 ans en cas de conduite accompagnée

L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance : CERFA n°14880\*02 (en annexe1) à faire compléter par un médecin agréé par la préfecture pour les visites (cf liste en annexe2)

Un certificat médical de vaccination conforme à la réglementation en vigueur

Une lettre de motivation manuscrite

Un curriculum vitae

Selon la situation du candidat, la copie des originaux des diplômes obtenus (copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires)

Selon la situation du candidat, les attestations de travail

Pour **les ressortissants hors Union Européenne**, un titre de séjour valide pour la durée de la formation et attestation du niveau de la **langue française requis B2 OBLIGATOIRE**

Les candidats peuvent joindre tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d'auxiliaire ambulancier

**Pour les candidats en situation de handicap fournir un justificatif**



Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Direction de la réglementation et des libertés publiques Bureau des élections et de la réglementation

### Liste des médecins agréés pour le contrôle de l'aptitude à la conduite en cabinet médical dans le département de la Corse du Sud – Màj 1<sup>er</sup> octobre 2024

<b>Dr Jean-Michel ANTONINI</b> - 4 rue Prosper Mérimée - 20090 AJACCIO Tél. : 04.95.21.12.69 – Mail : <a href="mailto:jm@docteurantonini.net">jm@docteurantonini.net</a>
<b>Dr Jean-François BARTOLI</b> - Ancienne école primaire - Rue Paul Nicolaï - 20169 BONIFACIO Tél. : 06.46.26.41.23- Mail : <a href="mailto:jfbartoli@hotmail.com">jfbartoli@hotmail.com</a>
<b>Dr Mireille CAMPANA-CASTELLUCI</b> – La Croix – 20137 LECCI Tél. : 04.95.71.43.33
<b>Dr Jean-Marie CASTELLUCCI</b> – 166 strada di a cruci – 20137 LECCI Tél. 04.95.71.43.33 – Mail : <a href="mailto:drcastellucci@icloud.com">drcastellucci@icloud.com</a>
<b>Dr Serena GUERRINI</b> - Rés. du Stiletto bât. F - Route A Madonuccia - 20167 MEZZAVIA Tél. 04.95.33.12.12 – Mail : <a href="mailto:s.guerrini.expertises@gmail.com">s.guerrini.expertises@gmail.com</a>
<b>Dr Antoine GRISONI</b> - Route du Port - Im. Cofa - 20145 SARI SOLENZARA Tél. : 04.95.57.45.70
<b>Dr Nataliya KHOBTA</b> – 10 avenue Maréchal Moncey – 20090 AJACCIO Tél : 04.95.20.32.56 –0767.31.18.31 Mail : <a href="mailto:nataliyasantoni@hotmail.com">nataliyasantoni@hotmail.com</a>
<b>Dr Yves LUCAS</b> - Domaine de la Pointe (Hôtel Sofitel) - 20166 PORTICCIO Tél. : 04.95.29.40.60 – Mail : <a href="mailto:drlucas@wanadoo.fr">drlucas@wanadoo.fr</a>
<b>Dr Paul MARCAGGI</b> - Espace médicale des Salines - Cours Prince Impérial - 20090 AJACCIO Tél. : 06.08.43.45.87 / 07.50.70.92.96 – Mail : <a href="mailto:paul.marcaggi@sfr.fr">paul.marcaggi@sfr.fr</a>
<b>Dr Marie-jeanne NOCERA</b> – 12 avenue Napoléon III 20000 AJACCIO Tél : 04.95.22.22.90 – Mail : <a href="mailto:docteur.nocera@gmail.com">docteur.nocera@gmail.com</a>
<b>Dr Louis Julien PAOLETTI</b> - 35 cours Napoléon - 20000 AJACCIO Tél. : 04.95.21.66.27 – Mail : <a href="mailto:ljpaolletti@wanadoo.fr">ljpaolletti@wanadoo.fr</a>