



CFA U Ligame

Centre de Formation d'Apprentis des Métiers
du Social et du Médico-Social de Corse

La certification qualité a été délivrée au titre des
catégories d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATION
ACTIONS DE FORMATION PAR APPRENTISSAGE
BILAN DE COMPETENCES
ACTIONS PERMETTANT DE
FAIRE VALIDER LES ACQUIS DE L'EXPERIENCE



IFRTS Corse

Institut Corse de Formation et Recherche
en Travail Social, Médico-Social et Sanitaire

DOSSIER DE CANDIDATURE

Diplôme d'Etat d'Ambulancier

Tout dossier déposé ou adressé en dehors des dates prévues en annexe ne sera pas retenu.
Seuls seront admis les dossiers déposés ou adressés complets.

AJACCIO
Immeuble Castellani
Avenue du Mont Thabor
20090 Ajaccio
Tel. 04 95 21 30 85

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

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

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

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

Identité

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms.....

Date de naissance : / /

Adresse personnelle

.....

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Email :

Permis de conduire B obtenu le :

Conduite accompagnée : Oui Non

Attestation préfectorale pour la conduite des ambulances délivrée le :

Situation familiale

Célibataire

Marié(e) / Vie maritale

 ➤ Nombre d'enfants :

Autre :

.....

Situation actuelle

Etudiant(e)

Prépa-apprentissage

Contrat d'apprentissage :

N° Contrat :

Contrat de professionnalisation

N° Contrat :

Contrat aidé

Salarié

Nom de l'établissement

Type d'établissement

Poste occupé

Demandeur d'emploi

Vous êtes inscrit à France Travail depuis le :

N° identifiant France Travail :

Vous êtes indemnisé par Pôle-Emploi depuis le :

Inactif

Besoin d'aménagement spécifique aux vues d'une situation de handicap reconnu ou non

Démarches employeur

Avez-vous déjà effectué des démarches auprès d'un employeur :

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) :

Avez-vous déjà trouvé un employeur :

- Oui
- Non

Si oui, lequel :

AJACCIO
Immeuble Castellani
Avenue du Mont Thabor
20090 Ajaccio
Tel. 04 95 21 30 85

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

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

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

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



Diplômes

Des pièces justificatives doivent impérativement accompagner les renseignements demandés ci-dessous.

Diplôme	Lieu d'obtention	Date d'obtention

Renseignements divers :

Loisirs, bénévolats, langues

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes en matière de formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fiche de dispenses et d'allègements - formation DEA

Si les dispenses sont automatiquement accordées, les allègements de formation doivent faire l'objet d'une demande. Toutefois, pour vérifier votre éligibilité, référez-vous à l'annexe du dossier – votre évolution professionnelle

DISPENSES

Vous êtes titulaire du ou des diplôme(s) suivant(s) :

.....

Pour bénéficier des dispenses prévues par la réglementation, veuillez joindre à ce dossier les pièces justificatives.

ALLEGEMENTS

Souhaitez-vous faire une demande d'allègement :

Oui : Non :

Si oui, veuillez préciser l'objet de votre demande d'allègement et le volume horaire souhaité : (Domaine de formation, tout ou partie d'une unité de formation)

Veuillez motiver votre demande d'allègement (et joindre les pièces justificatives) :

.....

Mode de financement envisagé

Votre formation est prise en charge par :

Vous-même

Utilisation de votre C.P.F. Oui Non (Non référencé impossible à mobiliser)

Votre employeur

Raison sociale :

Adresse :

N° SIRET :

Nom du Responsable :

Un organisme

Raison sociale :

Adresse :

N° SIRET :

Nom du Responsable :

Montant de la prise en charge :

Décision notifiée le :

Autre

Préciser :

Frais inscription aux épreuves de sélection

Ces frais d'inscription correspondent aux épreuves suivantes :

(Attention : ces frais ne correspondent pas aux frais d'inscription et peuvent être pris en charge par l'employeur)

- 1- Épreuve orale et gestion du dossier

Montant : 100 €

Le titre de paiement est à libeller à l'ordre du CFA U LIGAME

Chèque N° :

.....

Nom du titulaire du compte :

.....

Banque :

.....

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions pour la participation aux épreuves de sélection.

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements que je fournis sont exacts.

Date et signature :

Accord de l'employeur pour les candidats salariés

A....., le.....

Signature et cachet

Nom et qualité de la personne signataire

Note : Les pièces justificatives ne sont pas retournées aux candidats. Il convient donc de ne pas adresser d'originaux de diplômes, mais seulement des copies certifiées.

Pièces à joindre lors du dépôt de dossier de candidature

Attention, tout dossier incomplet ne sera pas traité.

En référence à l'Arrêté du 11 avril 2022 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'Ambulancier les pièces ci-dessous sont à fournir pour constituer ce dossier de candidature :

- 1 copie d'une **pièce d'identité recto-verso** en cours de validité ou titre de séjour valide pour toute la période de la formation.
- 1 copie **recto-verso du permis de conduire catégorie B** en cours de validité et conforme à la réglementation en vigueur (+ de 3 ans ou 2 ans si apprentissage à la conduite accompagnée.
(Le permis B à embrayage automatique (BEA), appelé également permis B boîte automatique n'est pas autorisé.)
- Un **curriculum vitae**
- Une **lettre de motivation** manuscrite
- Une **attestation d'Assurance en responsabilité civile** pour les dommages causés de leur fait. (Cette garantie est souvent incluse dans le contrat Multirisque Habitation de votre résidence principale.)
- 1 photocopie recto-verso de **l'attestation d'aptitude à la conduite d'ambulances** délivrée par la préfecture après examen médical (en cours de validité).
→ *Liste des Médecins agréés préfecture jointe au présent Dossier*
CERFA n°14880*02 (en annexe1) à faire compléter par un médecin agréé par la préfecture pour les visites
Ce document sera à demander à la Préfecture après le dépôt de votre dossier de candidature. Nous vous remettons une attestation de dépôt de dossier à remettre à la Préfecture. L'attestation devra ensuite nous être remise au plus tard le 1^{er} jour de la formation.
- Le **certificat médical original ci-joint de non contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier**, complété par un médecin agréé par l'Agence Régional de Santé (ARS)
→ *Liste de ces Médecins jointe au présent Dossier*
- Un **certificat original ci-joint attestant des vaccinations prévues, complété par un médecin** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France
- Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs)
- Pour les ressortissants hors Union européenne, une attestation du niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d'apprécier la maîtrise de la langue française.

Selon le statut du candidat :

- Justificatif d'Inscription à France Travail mentionnant votre Numéro d'identifiant
- Soit une attestation de l'employeur actuel certifiant la fonction occupée et une attestation d'accord de l'employeur pour la formation.



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

Les candidats en situation de handicap peuvent demander, lors du dépôt de leur dossier, un aménagement des conditions de déroulement de l'entretien prévu à l'article 2.

Le candidat ayant exercé au moins un mois, en continu ou discontinu, comme auxiliaire ambulancier ou comme conducteur d'ambulance, dans les trois dernières années, fournit l'attestation d'employeur figurant en annexe VI du présent arrêté.

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié au regard des attendus de la formation et noté sur 20 points par un binôme d'évaluateurs composé d'un ambulancier diplômé d'Etat en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier, et d'un formateur permanent ou d'un directeur en institut de formation d'ambulanciers.

Pour les candidats qui auront été sélectionnés à l'issue d'un entretien par un employeur pour un contrat d'apprentissage.

Constitution du dossier :

1 photo d'identité ; (pour le dossier administratif)

Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto / verso);

Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti ;

Un curriculum vitae de l'apprenti ;

Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage.

Le statut de l'apprenti Les conditions de travail de l'apprenti sont les mêmes que celles soumises aux autres salariés de l'établissement.

Date de début de contrat : Le contrat d'apprentissage peut démarrer jusqu'à 3 mois avant la date de rentrée.

Période d'essai La durée est de 45 jours, consécutifs ou non, de formation pratique en entreprise effectuée chez l'employeur (article L.6222-18 du code du travail).

Temps de travail La durée de travail hebdomadaire est celle qui s'applique dans l'entreprise. Elle comprend le temps passé en entreprise, en stages pratiques et en centre de formation.

Les congés payés Conformément au Code du travail et sous réserve de dispositions contractuelles et conventionnelles plus favorables : 5 semaines par an.

Modalités de sélection

L'entretien d'admission est évalué par un ou plusieurs groupes du jury d'admission, composés chacun :

- d'un 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.

Il peut être réalisé via les outils de communication à distance, permettant l'identification des membres du jury et garantissant la confidentialité des débats.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est noté sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points).

Cette épreuve a pour objet :

- d'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ;
- d'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ;
- d'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

ATTENTION :

Tout dossier expédié après la date de clôture (cachet de la poste faisant foi) ou incomplet ne pourra pas être pris en compte.

Date et signature :

ANNEXES à partir de la page suivante

AJACCIO
Immeuble Castellani
Avenue du Mont Thabor
20090 Ajaccio
Tel. 04 95 21 30 85

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

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

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

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



**PRÉFET
DE LA CORSE-
DU-SUD**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

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

Par courriel : pref-t3p@corse-du-sud.gouv.fr

NOM : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

ADRESSE :

.....

Code postal : Commune :

TEL : Courriel :

Activité(s) professionnelle(s) exercée(s) :

- VTC (joindre la copie du diplôme ou du recyclage)
- TAXI (joindre la copie du diplôme ou du recyclage)
- AMBULANCE (joindre la copie du diplôme ou l'attestation d'entrée en formation)
- AUTRES (à préciser) :

Fait à..... le

SIGNATURE

Autres pièces à fournir (copies) :

- 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, dernier avis d'imposition...)
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/ certificat médical (CERFA n° 14880*01 ou 14880*02) établi depuis moins de 2 ans, délivré par un médecin agréé par une préfecture, avec l'activité professionnelle correspondante cochée

1

ETAT CIVIL ET COORDONNEES 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'il y a lieu)
(ex : nom d'époux(se))

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.
Nom de la voie

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
<input type="checkbox"/>														

Catégorie(s) de permis sur lesquelles porte l'avis médical :

A1	A2	A	B1	B	BE	C1	C1E	C	CE	D1	D1E	D	DE
<input type="checkbox"/>													

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'utilisateur 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'utilisateur (à l'issue du contrôle médical)
[Représentant légal si mineur]

Signature et cachet du ou des médecins



**PRÉFET
DE LA CORSE-
DU-SUD**

*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 – Mâj 4 avril 2025**

Dr Jean-Michel ANTONINI - 4 rue Prosper Mérimée - 20090 AJACCIO Tél. : 04.95.21.12.69 – Mail : jm@docteurantonini.net
Dr Paul ATLAN - 2 cours Napoléon - 20000 AJACCIO Tél. : 04.95.22.43.68 – Mail : dr.paulatlan@gmail.com
Dr Jean-François BARTOLI - Ancienne école primaire - Rue Paul Nicolai - 20169 BONIFACIO Tél. : 06.46.26.41.23- Mail : jfbartoli@hotmail.com
Dr Sébastien BRUSCHI – Les Albizzias – bât. C – 20137 PORTO-VECCHIO Tél. : 04.95.70.23.76 – Mail : docteur.bruschi@orange.fr
Dr Mireille CAMPANA-CASTELLUCI – La Croix – 20137 LECCI Tél. : 04.95.71.43.33
Dr Jean-Marie CASTELLUCCI – 166 strada di a cruci – 20137 LECCI Tél. 04.95.71.43.33 – Mail : drcastellucci@icloud.com
Dr Pascal GHIONGA – 14 rue du docteur Del Pellegrino – 20090 AJACCIO Tél. 04.95.20.85.85 – Mail : drghiongapascal@gmail.com
Dr Serena GUERRINI - Rés. du Stiletto bât. F - Route A Madonuccia - 20167 MEZZAVIA Tél. 04.95.33.12.12 – Mail : s.guerrini.expertises@gmail.com
Dr Antoine GRISONI - Route du Port - Im. Cofa - 20145 SARI SOLENZARA Tél. : 04.95.57.45.70
Dr Nataliya KHOBTA – 10 avenue Maréchal Moncey – 20090 AJACCIO Tél : 04.95.20.32.56 – 07.67.31.18.31 Mail : nataliyasantoni@hotmail.com
Dr Yves LUCAS – Lieu-dit Cummunu Centre Médic'Oro – 20129 BASTELICACCIA Tél. : 04.95.76.42.39 – Mail : drlucas@wanadoo.fr
Dr Paul MARCAGGI - Espace médicale des Salines - Cours Prince Impérial - 20090 AJACCIO Tél. : 06.08.43.45.87 / 07.50.70.92.96 – Mail : paul.marcaggi@sfr.fr
Dr Marie-jeanne NOCERA – 12 avenue Napoléon III 20000 AJACCIO Tél : 04.95.22.22.90 – Mail : docteur.nocera@gmail.com
Dr Louis Julien PAOLETTI - 35 cours Napoléon - 20000 AJACCIO Tél. : 04.95.21.66.27 – Mail : ljpaoletti@wanadoo.fr

Préfecture de la Corse-du-Sud – Palais Lantivy – Cours Napoléon – 20188 Ajaccio cedex 9 – Standard : 04.95.11.12.13
Accueil général ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 11h30 et de 13h30 à 15h30
Adresse électronique : prefecture@corse-du-sud.gouv.fr – www.corse-du-sud.gouv.fr
Facebook : @prefecture2a – Twitter : @Prefet2A



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) DrMédecin Agréé auprès
de l'ARS

Certifie que :

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille..... né (e) le/...../.....

ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la
profession d'Ambulancier :

(Absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel,
auditif, amputation d'un membre...)

Pensez à vous présenter chez le médecin muni de votre carnet de santé.

Fait à : ----- le : ----/----/-----

Signature et cachet obligatoire

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) Dr..... Certifie que :

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille..... né(e) le/...../.....

a bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur concernant l'immunisation des professionnels de santé en France (Réf : calendrier vaccinal de l'année en cours).

VACCINS OBLIGATOIRES : DTP, BCG, HEPATITE B, COVID-19

VACCINS RECOMMANDES en particulier pour les étudiants amenés à être en contact avec des nouveau-nés : contre la COQUELUCHE, la ROUGEOLE, les OREILLONS, la RUBEOLE (ROR), la VARICELLE (si non immunisé(e)), les infections invasives à MENINGOCOQUE C (jusqu'à 24 ans).

	NOM DES VACCINS	DATES INJECTION
DTPolio Coqueluche		
BCG		
Méningocoque C		
Hépatite B		1°- 2°- 3°-
ROR	Ou date maladie :	1°- 2°-
Varicelle (date des vaccins si pas d'antécédent et si sérologie négative)	Ou date maladie :	1°- 2°-
COVID-19		1°- 2°-

RESULTATS :

	DATE	Résultat
Tubertest obligatoire <3 mois		mm
Anticorps anti HBs (Cf courrier)		UI/L

Pensez à vous présenter chez le médecin muni de votre carnet de vaccination

Fait à : ----- le : ----/----/-----

Signature et cachet obligatoire

INFORMATIONS DOSSIER MEDICAL

Madame, Monsieur,

Nous rappelons que « tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et autres professions de santé [...] » relève de l'article L. 10 du code de la santé publique. Tout élève admis en formation d'ambulancier doit par conséquent **OBLIGATOIREMENT** être à jour des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (voir certificat de vaccination).

En ce qui concerne l'hépatite B : Résultats d'ac HBs après vaccination contre l'hépatite B ou voir votre médecin traitant avec les indications ci-dessous (extrait du journal officiel avril 2017) : Pour l'entrée dans une filière de formation aux professions de santé, après avoir éliminé un portage chronique de l'Ag HBs - les personnes dont le taux d'anticorps est compris entre 10 UI et 100 UI/L pourront être admises en stage ; - celles qui vaccinées dans l'enfance et l'adolescence ont un taux d'anticorps inférieur à 10 UI/L pourront être admises en stage.

L'administration d'une dose supplémentaire sera différée à la fin de la pénurie. - celles vaccinées récemment à l'âge adulte et dont le taux d'anticorps est inférieur à 10 UI/L seront considérées comme des non répondeurs.

L'administration de doses supplémentaires sera différée à la fin de la période de pénurie. Elles pourront être admises en stage. - les personnes non antérieurement vaccinées lors de l'entrée doivent recevoir 2 doses de vaccin Engérix® B20µg espacées de 1 mois. Elles pourront être admises en stage 1 mois après l'administration de la 2ème dose.

L'administration de la 3ème dose de vaccin (suivie 4 à 6 semaines plus tard du dosage des anticorps anti HBs) sera différée après la fin de la pénurie. **ATTENTION : CARENCE DE VACCINS** Ces vaccins sont désormais disponibles uniquement dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé ; dans ce sens, nous vous conseillons de prendre contact avec le Centre de vaccinations le plus proche de chez vous (voir liste ci-dessous) ou avec votre médecin.

Concernant la visite médicale pour l'attestation préfectorale voir ci-dessous :

- 3 photos d'identité
- Photocopie de votre pièce d'identité (CNJ ou passeport même périmé de moins de 5 ans, carte de combattant, carte d'identité ou carte de circulation délivré par les autorités militaires, carte de résident ou titre de séjour temporaire ou certificat de résidence de ressortissant algérien en cours de validité)
- Permis de conduire
- Consultation 33€