



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

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



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
Rue Louis Nyer - Immeuble
Le Pélican Bât A I 20090 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



Carrière professionnelle

Employeurs	Fonction	Durée de service	
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au
		Du	Au

AJACCIORue 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



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).
- Un **curriculum vitae**
- Une **lettre de motivation** manuscrite
- Un document manuscrit relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation figurant en annexe V. Ce document n'excède pas deux pages ;
- 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
- Le **certificat médical original ci-joint de non contre-indication à la profession d'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, la copie des originaux de ses **diplômes** ou titres traduits en français
- Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires
- 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.

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

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
Rue Louis Nyer - Immeuble
Le Pélican Bât A I 20090 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

**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**

UNIQUEMENT PAR COURRIER

NOM : PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

TEL. :

COURRIEL :

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| VTC | <input type="checkbox"/> |
| TAXI | <input type="checkbox"/> |
| AMBULANCE | <input type="checkbox"/> |
| AUTRES (A PRECISER) | <input type="checkbox"/> |

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.

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)

2Motif 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

Annexe à l'arrêté n° 2025-124 du 10 mars 2025
modifiant la liste des médecins agréés de la Corse du Sud
pour la période du 1er octobre 2022 au 1er octobre 2025

Spécialité	Docteur, Nom, Prénom	Adresse professionnelle	Code Postal	Commune	Téléphone	Mail	
MEDECINE GENERALE	ANTONINI Jean Michel	4 Rue Prosper Merimée	20000	AJACCIO	04 95 21 12 69	im@docteurantonini.net	
	APPIETTO Roland	10 Avenue Maréchal Moncey	20090	AJACCIO	04 95 20 32 56	drappiettoe@orange.fr	
	BALLEJOS Richard	6 Avenue Maréchal Moncey	20090	AJACCIO	04 95 33 12 12	r.ballejos.expertise@gmail.com	
	CALENDINI-MAINCENT Eloise	EHPAD l'Olivier Bleu, Rue des Magnolias Lieu-dit Bodiccione	20090	AJACCIO	04 95 25 22 00	dr.calendini@gmail.com	
	CARROLAGGI J. Paul	Espace Médical des Salines Cours Princesse Impériale	20090	AJACCIO	04 95 20 36 50	dr.carrolaggi@wanadoo.fr	
	CASANOVA René	19 Bd J & Maglioli	20000	AJACCIO	04 95 22 05 04	casanova.rene@orange.fr	
	DODDOLI Laurent	Maison Moretti Avenue Noel Franchini	20090	AJACCIO	04 95 20 27 04	scmneridoddoli@gmail.com	
	DOSSA Philippe	99 Cours Napoléon	20090	AJACCIO	04 95 23 08 13	doc.dossa@free.fr	
	GAMBARELLI Erik	54 Cours Napoléon	20000	AJACCIO	04 95 51 35 55	erikgambarelli@orange.fr	
	LIVRELLI François	Avenue Noel Franchini Les Narcisses, Bâtiment A	20090	AJACCIO	04 95 20 38 36	livrelli.f@wanadoo.fr	
	MARCAGGI Paul	Espace Médical des Salines Cours Princesse Impériale	20090	AJACCIO	04 95 22 37 05	dr.pmarcaggi@sfr.fr	
	MARTELLI Catherine	4 Rue Prosper Merimée	20000	AJACCIO	04 95 50 00 01	marchal2a@orange.fr	
	NERI Jean Marc	Les Moulins Blancs Bât. A Rue Nicolas Peraldi	20090	AJACCIO	04 95 25 37 92	catherine.martelli@sfr.fr	
	NOCERA Marie	Maison Moretti Avenue Noel Franchini	20090	AJACCIO	04 95 20 27 04	scmneridoddoli@gmail.com	
	ANCHETTI François	14 Parc Cunéo d'Ornano	20090	AJACCIO	06 01 41 15 07	marie.nocera2a@gmail.com	
	GIRERD André	Centre Hospitalier d'Alaccia Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 63 31	secretariat.dranchetti@orange.fr	
	DAHAN Thierry	Cabinet Médical de la Liscia Résidence Les Néréides - Masorchia	20111	CALCATTOGGIO	04 95 52 26 69	cmcalcattoggio@orange.fr	
	HUFSCHMIDT Jana Georgina	Groupe scolaire	20148	COZZANO	04 95 24 44 46	thierry@docteurdahan.com	
	KERVELLA Philippe	Résidence Les Logis de l'Aqueduc Bâtiment F	20167	MEZZAVIA	04 95 28 46 84	dr.jghufschmidt@gmail.com	
	LUCAS Yves	Résidence Les Logis de l'Aqueduc Bâtiment F	20167	MEZZAVIA	04 95 20 99 33	philippe.k2a@wanadoo.fr	
CUCCHI CHIARELLI M.A	Domaine de la Pointe	20166	PORTICCIO	04 95 29 40 60	dflucas@wanadoo.fr		
LUCIANI Jacques	15 Rue Jean Jaurès	20137	PORTO VECCHIO	04 95 70 05 65	ccm.groupement-medical@orange.fr		
GRISONI Antoine	Résidence L'Oriente Immeuble Le Dauphin 18 Rue Jean Paul Pandolfi	20110	PROPRIANO	04 95 76 20 32	doctuciani@orange.fr		
MALADIES INFECTIEUSES	ABINO Jean François	8 A Falata di a Marina	20145	SOLENZARA	04 95 58 41 12	antoine.grisoni@orange.fr	
	ABINO Jean François	5 Boulevard François Salini	20000	AJACCIO	06 16 40 20 57		
	PARAVISINI Jean Marc	5 Boulevard François Salini	20000	AJACCIO	06 16 40 20 57		
	PARAVISINI François	Centre Hospitalier d'Alaccia 27 Avenue Impératrice Eugénie	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 90 45	im.paravisini@ch-ajaccio.fr	
	ADAMSKI Christian	Place Général de Gaulle Résidence Diamant I	20000	AJACCIO	06 11 89 36 00	franpara@orange.fr	
	COMITI Stéphane	Centre Hospitalier d'Alaccia 27 Avenue Impératrice Eugénie	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 90 85	adamski.christian@ch-ajaccio.fr	
	MEDECINE INTERNE	ANCHETTI François	28 Cours Napoléon	20000	AJACCIO	04 95 71 64 09	stephane.comiti@orange.fr
		VERGINI Sauveur	Centre Hospitalier d'Alaccia Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini BP 411	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 94 62	francois.anchetti@ch-ajaccio.fr
		VERGINI Sauveur	Diamant II 1 Cours Grandval	20000	AJACCIO	04 95 20 32 03	centregyndiamant@orange.fr
		KHOBTA-SANTONI Nataliya	Diamant II 1 Cours Grandval	20000	AJACCIO	04 95 20 32 03	centregyndiamant@orange.fr
MATTEI Jean		10 Avenue Maréchal Moncey	20090	AJACCIO	04 95 20 32 56	drappiettoe@orange.fr	
QUILICHINI Rosiane		4 Cours Général Leclerc	20000	AJACCIO	04 95 21 00 44	dr.mattei.secretariat@orange.fr	
NATALI François		6 Boulevard Danièle Casanova	20000	AJACCIO	04 95 51 33 70	rosiane-mattei@orange.fr	
DE MARI Joseph		9 Avenue Eugène Macchini Place de Gaulle	20000	AJACCIO	06 40 49 28 21	frannyrat@yahoo.fr	
SICARD Philippe		Diamant II 6 Place du Général de Gaulle	20000	AJACCIO	04 95 21 55 49	josmar@orange.fr	
AVENI Fabienne		CRF Molini BP 916 Agosta Plage	20166	ALBITRACCIA	04 95 50 56 06	jean-philippe.sicard@orange.fr	
REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE	BELLAMY Gaëtan	15 Cours Général Leclerc	20000	AJACCIO	04 95 25 22 00	bellamy.gaetan@me.com	
	BERTRAND Séverine	CRF Molini BP 916 Agosta Plage	20166	ALBITRACCIA	06 03 78 11 22		
RHUMATOLOGIE UROLOGIE	DELABRE BILLARD Marlène	Centre Hospitalier d'Alaccia Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini BP 411	20000	AJACCIO	04 95 29 94 93	marlene.delarbre@ch-ajaccio.fr	
	PERNIN François	18 Rue Colonel Colonna d'Ornano	20000	AJACCIO	07 77 97 68 11	francois.pernin@wanadoo.fr	



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 RECOMMANDÉS 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€



**PRÉFET
DE LA CORSE-
DU-SUD**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Liste des médecins agréés pour le contrôle de l'aptitude à la conduite
dans le département de la Corse du Sud – M^àj février 2023**

Dr Jean-Michel ANTONINI - 4 rue Prosper Mérimée - 20090 AJACCIO Tél. : 04.95.21.12.69 – Mail : jm@docteurantonini.net
Dr Roland APPIETTO - 10 avenue Maréchal Moncey - 20090 AJACCIO Tél. : 07.67.31.18.31 – Mail : drappiettoexpe@gmail.com
Dr Paul ATLAN - 2 cours Napoléon - 20000 AJACCIO Tél. : 04.95.22.43.68 – Mail : dr.paulatlan@gmail.com
Dr Richard BALLEJOS - 6 avenue Maréchal Moncey - Rés. Les Palmiers - 20090 AJACCIO Tél. : 07.78.93.36.73 – Mail : ballejosrichard@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 Yves LUCAS - Domaine de la Pointe (Hôtel Sofitel) - 20166 PORTICCIO Tél. : 04.95.29.40.60 – 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 Louis Julien PAOLETTI - 35 cours Napoléon - 20000 AJACCIO Tél. : 04.95.21.66.27 – Mail : ljpaolletti@wanadoo.fr
Dr Mireille CAMPANA-CASTELLUCCI - 20137 LECCI Tél. : 04.95.71.43.33
Dr Jean-Marie CASTELLUCCI - 20137 LECCI Tél. : 04.95.71.43.33
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 – Mail : nataliyasantoni@hotmail.com
DR Marie-Jeanne NOCERA – 12 Avenue Napoléon III – 20000 AJACCIO Tél : 04.95.22.22.90 – Mail : docteur.nocera@gmail.com