

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## Formation Auxiliaire 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.**

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 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 (AFGSU2) de **21h** est dispensée dans le cadre de cette formation amenant le nombre d'heures totales de cette formation à **91h**.

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

## 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 I20090 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

**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



## 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 ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 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 : .....

### 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
- Le **certificat médical original ci-joint de non contre-indication à la profession d'auxiliaire ambulancier**, complété par un médecin agréé par l'Agence Régionale 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.**

#### 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'accès

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

## Modalité de sélection

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

- D'un directeur d'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 ou moins 3 ans.

### **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 PREFERATORALE 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   
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.

**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"/>	<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 Observations :

**APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :

dispositif de correction et/ou protection de la vision

autres

**INAPTE**  Groupe léger  Groupe lourd

**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
	APIETTO Roland	10 Avenue Maréchal Moncey	20090	AJACCIO	04 95 20 32 56	drapiettoe@orange.fr
	BALLEIOS Richard	6 Avenue Maréchal Moncey	20090	AJACCIO	04 95 33 12 12	r.balleios.expertises@gmail.com
	BALENDINI-MAINCENT Eloi	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 Prince Impérial	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 Noël 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 Noël Franchini Les Narcisses, Bâtiment A	20090	AJACCIO	04 95 20 38 36	livrelli.f@wanadoo.fr
	MARCAGGI Paul	Espace Médical des Salines Cours Prince Impérial	20090	AJACCIO	04 95 22 37 05	dr.pmarcaggi@sfr.fr
	MARCHEL Thierry	4 Rue Prosper Merimée	20000	AJACCIO	04 95 50 00 01	marchal2a@orange.fr
	MARTELLI Catherine	Les Moulins Blancs Bât. A Rue Nicolas Peraldi	20090	AJACCIO	04 95 25 37 92	catherine.martelli@sfr.fr
	NERI Jean Marc	Maison Moretti Avenue Noël Franchini	20090	AJACCIO	04 95 20 27 04	scmneridoddoli@gmail.com
	NOCERA Marie	14 Parc Cunéo d'Ornano	20090	AJACCIO	06 01 41 15 07	marie.nocera2a@gmail.com
	ANCHETTI François	Centre Hospitalier d'Ajaccio Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 63 31	secretariat.dranchetti@orange.fr
	GIRERD André	Cabinet Médical de la Liscia Résidence les Néréides - Masorchia	20111	CALCATEGGIO	04 95 52 26 69	cmcalcatego@orange.fr
	DAHAN Thierry	Groupe scolaire	20148	COZZANO	04 95 24 44 46	thierry@docteurdahan.com
	HUFSCHMIDT Jana Georgina	Résidence Les Logis de l'Aqueduc Bâtiment F	20167	MEZZAVIA	04 95 28 46 84	dr.jhufschmidt@gmail.com
	KERVELLA Philippe	Résidence Les Logis de l'Aqueduc Bâtiment F	20167	MEZZAVIA	04 95 20 99 33	philippe.k2a@wanadoo.fr
LUCAS Yves	Domaine de la Pointe	20166	PORTICCIO	04 95 29 40 60	dfucas@wanadoo.fr	
CUCCHI CHIARELLI M.A	15 Rue Jean Jaurès	20137	PORTO VECCHIO	04 95 70 05 65	ccm.groupeement-medical@orange.fr	
LUCIANI Jacques	Résidence L'Orient Immeuble Le Dauphin 18 Rue Jean Paul Pandolfi	20110	PROPRIANO	04 95 76 20 32	doctucian@orange.fr	
GRISONI Antoine	8 A Falata di a Marina	20145	SOLENZARA	04 95 58 41 12	antoine.grisoni@orange.fr	
MALADIES INFECTIEUSES	ABINO Jean François	5 Boulevard François Salini	20000	AJACCIO	06 16 40 20 57	
MEDECINE INTERNE	ABINO Jean François	5 Boulevard François Salini	20000	AJACCIO	06 16 40 20 57	
ANGIEOLOGIE	PARAVISINI Jean Marc	Centre Hospitalier d'Ajaccio 27 Avenue Impératrice Eugénie	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 90 45	im.paravisini@ch-ajaccio.fr
CARDIOLOGIE	PARAVISINI François	Place Général de Gaulle Résidence Diamant I	20000	AJACCIO	06 11 89 36 00	franpara@orange.fr
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	ADAMSKI Christian	Centre Hospitalier d'Ajaccio 27 Avenue Impératrice Eugénie	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 90 85	adamski.christian@ch-ajaccio.fr
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE	COMITI Stéphane	28 Cours Napoléon	20000	AJACCIO	04 95 71 64 09	stephane.comiti@orange.fr
GERIATRIE	ANCHETTI François	Centre Hospitalier d'Ajaccio Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini BP 411	20303	AJACCIO Cedex	04 95 29 94 62	francois.anchetti@ch-ajaccio.fr
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	VERSINI Sauveur	Diamant II 1 Cours Grandval	20000	AJACCIO	04 95 20 32 03	centregyndiamant@orange.fr
ONCOLOGIE GYNECOLOGIE	VERSINI Sauveur	Diamant II 1 Cours Grandval	20000	AJACCIO	04 95 20 32 03	centregyndiamant@orange.fr
ONCOLOGIE MEDICALE	KHOBTA-SANTONI Natalya	10 Avenue Maréchal Moncey	20090	AJACCIO	04 95 20 32 56	drapiettoe@orange.fr
PNEUMOLOGIE	MATTEI Jean	4 Cours Général Leclerc	20000	AJACCIO	04 95 21 00 44	dr.mattel.secretariat@orange.fr
PNEUMOLOGIE	QUILICHINI Rosiane	4 Cours Général Leclerc	20000	AJACCIO	04 95 51 33 70	rosiane-mattei@orange.fr
PNEUMO PTHISIOLOGIE	NATALI François	6 Boulevard Danièle Casanova	20000	AJACCIO	06 40 49 28 21	franmyrat@yahoo.fr
PSYCHIATRIE	DE MARI Joseph	9 Avenue Eugène Macchini Place de Gaulle	20000	AJACCIO	04 95 21 55 49	josmar@orange.fr
PSYCHIATRIE	SICARD Philippe	Diamant II 6 Place du Général de Gaulle	20000	AJACCIO	04 95 50 56 06	jean-philippe.sicard@orange.fr
REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE	AVENI Fabienne	CRF Molini BP 916 Agosta Plage	20166	ALBITRACCIA	04 95 25 22 00	
REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE	BELLAMY Gaëtan	15 Cours Général Leclerc	20000	AJACCIO	06 03 78 11 22	bellamy.gaetan@me.com
REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE	BERTRAND Séverine	CRF Molini BP 916 Agosta Plage	20166	ALBITRECCIA	06 24 40 21 93	
RHUMATOLOGIE	DELARBE BILLARD Marlène	Centre Hospitalier d'Ajaccio Hôpital Eugénie Bd Pascal Rossini BP 411	20000	AJACCIO	04 95 29 94 93	marlene.delarbe@ch-ajaccio.fr
UROLOGIE	PERNIN François	18 Rue Colonel Colonna d'Ornano	20000	AJACCIO	07 77 97 68 11	francois.pernin@wanadoo.fr

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr .....Médecin 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<sup>à</sup>j février 2023**

Dr <b>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>
Dr <b>Roland APPIETTO</b> - 10 avenue Maréchal Moncey - 20090 AJACCIO Tél. : 07.67.31.18.31 – Mail : <a href="mailto:drappiettoexpe@gmail.com">drappiettoexpe@gmail.com</a>
Dr <b>Paul ATLAN</b> - 2 cours Napoléon - 20000 AJACCIO Tél. : 04.95.22.43.68 – Mail : <a href="mailto:dr.paulatlan@gmail.com">dr.paulatlan@gmail.com</a>
Dr <b>Richard BALLEJOS</b> - 6 avenue Maréchal Moncey - Rés. Les Palmiers - 20090 AJACCIO Tél. : 07.78.93.36.73 – Mail : <a href="mailto:ballejosrichard@gmail.com">ballejosrichard@gmail.com</a>
Dr <b>Jean-François BARTOLI</b> - Ancienne école primaire - Rue Paul Nicolai - 20169 BONIFACIO Tél. : 06.46.26.41.23- Mail : <a href="mailto:jfbartoli@hotmail.com">jfbartoli@hotmail.com</a>
Dr <b>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>
Dr <b>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>
Dr <b>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>
Dr <b>Mireille CAMPANA-CASTELLUCCI</b> - 20137 LECCI Tél. : 04.95.71.43.33
Dr <b>Jean-Marie CASTELLUCCI</b> - 20137 LECCI Tél. : 04.95.71.43.33
Dr <b>Antoine GRISONI</b> - Route du Port - Im. Cofa - 20145 SARI SOLENZARA Tél. : 04.95.57.45.70
DR <b>Nataliya KHOBTA</b> – 10 Avenue Maréchal Moncey 20090 Ajaccio Tél :04.95.20 32 56 – Mail : <a href="mailto:nataliyasantoni@hotmail.com">nataliyasantoni@hotmail.com</a>
DR <b>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>