

 IFRTS Corse Institut Corse de Formation et Recherche en Travail Social, Médico-Social et Sanitaire	 CFA U Ligame Centre de Formation d'Apprentis des Métiers du Social et du Médico-Social de Corse	IFAA- Dossier de Candidature
REFERENCE INTERNE	ADM-ENR-CAN-006	
VERSION	01	
DATE CREATION	2025	

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

Rédaction	Vérification	Approbation
Jocelyne PERUCCA, Référente Pédagogique	Virginie BERETTI, Responsable qualité	Patrick TORRE, Directeur des Instituts de formations
Date : 20/08/2025	Date :	Date :
Visa : 	Visa :	Visa : 

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 France Travail 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
Tél. 04 95 65 94 61

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 Trinitalpa
20137 Porto-Vecchio
Tél. 04 95 20 29 39

[illegible]

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
Ce document sera à demander à la Préfecture après le dépôt de votre dossier de candidature. Nous vous remettrons 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 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.

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
Immeuble Castellani
Avenue du Mont Thabor
20090 Ajaccio
Tél. 04 95 65 94 61

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



**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

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)

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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'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 11 août 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 Nicolaï - 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
Dr Jean-Christophe SUBRA-BIEUSSES - Rés. du Stiletto bât. F - Route A Madonuccia - 20167 MEZZAVIA Tél : 07.83.70.93.55 – Mail : jcsubrabiousses@gmail.com

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/...../.....

après vérification du carnet de santé ou du carnet de vaccination, atteste que la personne désignée ci-dessus est en conformité avec la réglementation en vigueur relative à l'immunisation des élèves et étudiants se préparant à l'exercice d'une profession de santé (Code de la santé publique – article L.3111-4 et Calendrier vaccinal 2026).

1. Vaccinations obligatoires

Les vaccinations ci-dessous doivent être à jour avant le départ en stage.

VACCINATION	Date(s) ou rappel
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)	
Hépatite B (schéma vaccinal complet)	1ère dose : 2ème dose : 3ème dose :

Important : la preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est obligatoire pour les étudiants des professions de santé.

2. Vaccinations recommandées

Ces vaccinations sont fortement recommandées, notamment dans le cadre des stages auprès des nourrissons, des enfants et des personnes vulnérables.

Vaccination	Date(s)
Coqueluche (rappel dTcaP)	
Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR)	1ère dose : 2ème dose :
Varicelle (si absence d'antécédent ou sérologie négative)	
Méningocoques ACWY (selon le calendrier vaccinal)	
Grippe saisonnière (vaccination annuelle recommandée)	Campagne 20....–20.... :

3. Résultats à joindre (obligatoires)

Examen	Date	Résultat
Dosage des anticorps anti-HBs		 UI/L
Test tuberculinique (IDR ou test IGRA) réalisé depuis moins de 3 mois, si demandé par l'établissement d'accueil en stage		

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

4. Attestation du médecin

Je certifie que les éléments ci-dessus sont conformes aux justificatifs qui m'ont été présentés.

Fait à :

Le : / /

Cachet et signature du médecin
(Signature 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€