



# **DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER AVIS DE SELECTION**

## **SESSION JANVIER 2025**

### **Notice d'inscription aux épreuves de sélection**

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS

Pavillon Marie Marvingt, CS 10217, 38043 GRENOBLE CEDEX 9

☎ 04.76.76.50.69

✉ [IFA38Secretariat@chu-grenoble.fr](mailto:IFA38Secretariat@chu-grenoble.fr)

## PROCESSUS DE SÉLECTION DES CANDIDATS AU DIPLOME D'ÉTAT D'AMBULANCIER

### Etape 1

#### Inscription à la Sélection via MySelect

<https://grenoble.epsilon-informatique.net/MySelect/>

- Cliquer sur "Inscription"
- Renseigner les informations
- cliquer sur lien dans mail de réponse automatique reçu pour créer votre compte et mot de passe
- se connecter à nouveau à MySelect et cliquer sur "Connexion"

### Etape 2

#### Constitution du dossier de candidature

- Renseigner le dossier en fonction de votre profil et déposer les pièces justificatives demandées au format pdf (annexe 6 avec la mention "non concerné" ou "rdv pris le ...") pour certaines pièces demandées.
- S'acquitter des frais de sélection en ligne : 75 €

### Etape 3

#### Sélection

- stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur
- Etude de dossier par un jury composé de deux membres
  - Réalisation de l'entretien devant un jury composé de deux membres

### Etape 4

#### Résultats

- Publication des résultats (en ligne et affichage à l'ifa)
- Au besoin, une liste complémentaire par ordre de mérite sera ouverte

### Etape 5

#### Confirmation

- Envoi par mail de la confirmation d'entrée en formation à l'institut de formation ambulancier du CHU grenoble Alpes

\*Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

## Calendrier Selections Session Janvier 2025

<b>Dates d'inscription</b>	Du Lundi 15 juillet 2024 au vendredi 15 novembre 2024
<b>Date limite de dépôt du dossier de candidature sur MySelect</b>	Le vendredi 15 novembre 2024
<b>Sélection dossier d'admissibilité</b>	18 novembre 2024
<b>Oraux d'admission</b>	28 novembre 2024 au 05 décembre 2024
<b>Publication des résultats</b> (Affichage à l'IFA et publication sur site du CHUGA)	Le vendredi 6 décembre 2024.
<b>Date limite de confirmation d'inscription</b>	Le samedi 16 décembre 2024
<b>Date d'entrée et de fin de formation</b>	Du Lundi 13 janvier 2025 au vendredi 4 juillet 2025 (inclus).

VOUS ETES	Préinscription en ligne et insertion des pièces demandées	Réalisation d'un stage de découverte 70 h	Etude du dossier	Passage de l'oral d'admission
Candidat sans diplôme ni expérience en tant qu'auxiliaire ambulancier	OUI	OUI	OUI	OUI
Candidat titulaire d'un diplôme de niveau IV (Baccalauréat toute filière) ou diplôme Sanitaire et Social	OUI	OUI	<b>DISPENSE</b> (fournir le diplôme)	OUI
Candidat ayant exercé au moins 1mois auxiliaire ambulancier dans une entreprise de transport sanitaire, sans diplôme	OUI	<b>DISPENSE</b> (fournir attestation de l'employeur)	OUI	OUI
Candidat ayant exercé au moins 1an auxiliaire ambulancier dans une entreprise de transport sanitaire, sans diplôme	OUI	<b>DISPENSE</b> (fournir attestation de l'employeur)	OUI	<b>DISPENSE</b>
Sapeur-pompier de Paris et marin-pompier de Marseille ayant une expérience de 3 ans	OUI	<b>DISPENSE</b> (fournir attestation)	OUI	OUI

## **Pièces à fournir pour les candidats concernés par l'étude de dossier d'admissibilité:**

- 1° Une pièce d'identité ;
- 2° Le permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité ;
- 3° L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route ;
- 4° Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier et de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ; délivré par un médecin agréé
- 5° Une lettre de motivation manuscrite ;
- 6° Un curriculum vitae ;
- 7° 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 ;
- 8° Selon la situation du candidat, la copie des originaux de ses diplômes ou titres traduits en français
- 9° Le cas échéant, la copie de ses relevés de résultats et appréciations ou bulletins scolaires ;
- 10° Selon la situation du candidat, les attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l'employeur (ou des employeurs) ;
- 11° Le cas échéant, uniquement jusqu'au 31 décembre 2022, une attestation de suivi de préparation au concours d'ambulancier au cours de l'année 2021-2022 ;
- 12° 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.

**Pièces à fournir pour les candidats dispensés de l'étude de dossier d'admissibilité:**

- Une pièce d'identité ;
- Le permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la législation en vigueur et en état de validité ;
- ° Une lettre de motivation manuscrite ;
- Un curriculum vitae
- L'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du code de la route (annexe 2)
- Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier et de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France, délivré par un médecin agréé (annexe 1)
- ° Copie du diplôme dispensant de l'étude de dossier

**Pièces à fournir pour les candidats devant réaliser le stage découverte de 70 heures:**

- La convention de stage entre le candidat et le lieu de stage signée ( annexe 3)
- L'attestation de validation de stage (annexe 4 à rapporter lors des oraux d'admission)

**Pièces à fournir pour les candidats dispensés du stage découverte de 70 heures:**

- Attestation Employeur justifiant la dispense de stage ou attestation Sapeur-pompier de Paris et marin-pompier de Marseille ayant une expérience de 3 ans (annexe 5)

**Attention votre inscription à la sélection est validée qu'après la dépose de la totalité des pièces demandé ainsi que la validation du paiement des frais de sélection**

## Listes ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire médical

Annexe 2 : Avis médical attestation préfectorale de conduite d'ambulance

Annexe 3 : Exemple de convention de stage

Annexe 4 : ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Annexe 5 : ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR pour les personnes ayant exercés auxiliaire ambulancier

Annexe 6 : Document à déposer en ligne sur MySelec lorsque vous n'êtes pas concerné



## DOSSIER MÉDICAL OBLIGATOIRE POUR L'INSCRIPTION EN INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICAL

(Réf : arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux)

Madame, Monsieur,

L'admission définitive dans les instituts de formation paramédicaux est subordonnée à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée (pour l'ensemble des instituts de formation outre l'IFCS) ou le jour de l'inscription au concours de sélection pour l'IFCS et l'IFA, du certificat médical joint en annexe, rempli par un médecin agréé. Aucune entrée en stage ne sera permise si les obligations vaccinales ne sont pas remplies.

Attention, avant de prendre RDV avec le médecin agréé pour remplir ce certificat, il convient de faire les mises à jour de vos vaccinations par votre médecin traitant (ou bien vous serez possiblement amenés à voir le médecin agréé à plusieurs reprises). En particulier nous rappelons les éléments suivants :

- 1) Les vaccinations obligatoires pour les étudiants des filières santé sont le vaccin DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) et le vaccin contre l'hépatite B. Est également requise réglementairement, la preuve de l'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.

Nous conseillons la réalisation d'une sérologie complète hépatite B avec AC anti-HBs, AC anti-HBc et Ag HBS. Cet examen sérologique sera réalisé au minimum un mois après la dernière injection vaccinale. Il vous faudra réaliser cet examen dans un laboratoire de biologie médicale et apporter le résultat au médecin agréé. Pour mémoire, le résultat est couvert par le secret médical, et seule l'affirmation de la séroprotection sera communiquée par le médecin agréé dans son certificat. Si vous disposez déjà d'un dosage des AC anti-HBS attestant d'une valeur >100 UI/l, celui-ci est valable, sans limitation de durée.

ATTENTION AU DELAI : la vaccination comporte 3 injections à un mois d'intervalle pour les deux premiers et quatre mois pour la troisième. La participation aux stages ne pourra pas être autorisée en l'absence de ce vaccin.

- 2) Pour les seuls candidats à l'entrée dans les instituts de formation de manipulateur d'électroradiologie médicale (IFMEM), une numération formule sanguine devra être réalisée (par exemple, sur le même prélèvement que le précédent). Le résultat étant couvert par le secret médical, le médecin agréé certifiera simplement de sa normalité.
- 3) Enfin, votre statut tuberculinique doit être renseigné par un Tubertest de moins de 6 mois (examen réalisé par votre médecin traitant, lecture à 48-72h, résultat exprimé en mm d'induration, sinon il ne sera pas valide), voire par le résultat d'un test immunologique sanguin (Quantiféron ou Elispot), qui pourra être réalisé en même temps que la sérologie hépatite B (sachant que ces tests ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et que leur coût avoisine 100 euros).
- 4) Nous attirons votre attention sur le fait qu'il vous faudra apporter l'ensemble de votre carnet de santé et/ou carnet vaccinal au médecin agréé qui sera amené à consulter l'ensemble des informations sur les vaccinations et les maladies infantiles.

La Coordinatrice Générale des Instituts de Formation,

Sandrine MONNET

## CERTIFICAT MÉDICAL À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) Dr ....., médecin agréé, certifie que,  
M. / Mme ..... né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

est apte et ne présente pas de contre-indication **physique et psychologique** à l'exercice de la profession  
.....

L'apprenant(e) a bénéficié des vaccinations conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation pour les professionnels de santé (réf : calendrier vaccinal 2024).

**Nota Bene : Aucune entrée en stage ne sera permise si la vaccination n'a pas été bien conduite**

### VACCINS OBLIGATOIRES<sup>1</sup> :

DTP,

Tubertest récent,

### HÉPATITE B et résultat d'Ac HBs :

est immunisé(e) contre l'hépatite B (attestation d'un résultat, même ancien, montrant des AC anti-HBs > 100 UI/l, ou d'une sérologie montrant des AC anti-HBs  $\geq$  10 UI/l avec AC anti-HBc non détectés). Pour mémoire, le contrôle sérologique sera réalisé au minimum un mois après la dernière injection vaccinale. Si la sérologie est < 10 UI/l, alors une nouvelle vaccination et un contrôle sérologique seront réalisés (jusqu'à 6 injections au total).

Ou

est non répondeur(se) à la vaccination (Si après le protocole des 6 injections, la sérologie est toujours négative).

Ou

est en cours de schéma vaccinal (dates des injections réalisées) :

.....  
.....  
.....

Fait à .....

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet obligatoires

### SI VISITE DE CONTRÔLE :

### HÉPATITE B et résultat d'Ac HBs :

est immunisé(e) contre l'hépatite B (attestation d'un résultat, même ancien, montrant des AC anti-HBs > 100 UI/l, ou d'une sérologie montrant des AC anti-HBs  $\geq$  10 UI/l avec AC anti-HBc non détectés). Pour mémoire, le contrôle sérologique sera réalisé au minimum un mois après la dernière injection vaccinale. Si la sérologie est < 10 UI/l, alors une nouvelle vaccination et un contrôle sérologique seront réalisés (jusqu'à 6 injections au total).

Ou

est non répondeur(se) à la vaccination (Si après le protocole des 6 injections, la sérologie est toujours négative).

Fait à .....

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet obligatoires

**VACCINS RECOMMANDÉS :** COQUELUCHE (vaccin associé au DTP), ROR (rougeole, oreillons, rubéole), MENINGOCOQUE sérogroupe C (rattrapage vaccinal jusqu'à 24 ans inclus), VARICELLE (si pas d'antécédent de maladie ou séronégatif), COVID-19, GRIPPE SAISONNIÈRE (sur la période de campagne vaccinale, habituellement entre fin octobre et fin janvier) ; ROR et varicelle contre indiqués pendant la grossesse ou si immunodépression.

<sup>1</sup> Pour mémoire, le BCG n'est plus obligatoire pour les professionnels de santé

## Annexe 2



N°14880\*02

### PERMIS DE CONDUIRE - AVIS MÉDICAL

(Art. R. 212-2, R. 221-10 à R. 221-14-1, R. 221-19 et R. 225-1 à R. 225-4 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'épouse(s))

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

Commune de naissance  Département ou Collectivité d'outre-mer

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

Adresse N° de la voie  Extension : bis, ter, etc.  Type de voie : avenue, boulevard, etc.   
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 \_\_\_\_\_ à réexaminer par la commission médicale :  oui  non \_\_\_\_\_ et

**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 3

# CONVENTION DE STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

(dans le cadre du concours d'entrée au Diplôme d'Etat d'Ambulancier)

Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 11 avril 2022 : Pour se présenter à l'entretien d'admission, les candidats doivent réaliser un stage d'observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans une entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur d'institut conformément à l'article 19 du présent arrêté, pendant une durée de 70 heures.

Ce stage est réalisé de façon continue sur un seul lieu de stage.

A l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage conforme au modèle figurant en annexe IV du présent arrêté. Cette attestation est remise aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

Il est convenu ce qui suit, entre :

Le terrain de stage (nom et adresse postale) :

.....  
.....  
.....  
.....

Habilité par l'IFA de (ville) .....

Représenté par son Chef d'entreprise (nom, prénom), .....

Ci-dessous dénommé « l'entreprise »

Et le candidat (nom et adresse postale) :

.....  
.....  
.....  
.....

D'autre part.

## ARTICLE I : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention est bipartite, et engage uniquement les signataires. L'Institut de Formation d'Ambulanciers d'inscription n'est pas concerné par cette convention.

L'entreprise accueille en stage d'orientation professionnelle,

M.....

dans le cadre de la sélection d'entrée à la formation au Diplôme d'Etat d'ambulancier, pour la période du ..... au .....

en tant que stagiaire observateur.

Sa durée est de 70 heures (en continu).

## **ARTICLE 2 : RESPONSABILITES ET OBLIGATIONS**

### **\* Le candidat :**

Le candidat est tenu de suivre les dates mentionnées sur la convention et les horaires fixés par le Responsable, ainsi que le règlement intérieur de l'entreprise. En cas de manquement à ces règles, l'entreprise peut mettre fin au stage.

Il doit s'assurer par lui-même au titre de la responsabilité civile couvrant le stage d'orientation professionnelle et devra en justifier auprès de l'entreprise d'accueil.

Le stagiaire ne perçoit pas de rémunération de l'entreprise.

### **\* L'entreprise**

L'entreprise d'accueil prend toutes les dispositions pour que le candidat soit couvert par les assurances « personnes transportées » des ambulances, en qualité de stagiaire.

L'entreprise s'engage à faire découvrir au stagiaire les différents aspects du métier d'ambulancier. Le stagiaire ne doit pas remplacer un membre du personnel. A l'issue du stage, le responsable de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (fournie par le stagiaire), précisant entre autres l'évaluation des critères suivants :

- Intérêt pour la profession d'ambulancier,
- Curiosité intellectuelle,
- Exactitude, rigueur,
- Capacité à s'intégrer au sein d'une équipe.

Le stagiaire devra obligatoirement remettre cette attestation dûment complétée aux examinateurs lors de l'épreuve orale.

## **ARTICLE 3 : DUREE DE LA CONVENTION**

Les signataires de la présente convention l'acceptent dès signature, pour la période fixée dans l'article 1.

Fait à ....., le .....

Pour l'entreprise,  
Le Chef d'entreprise  
(Nom et cachet)

Le stagiaire  
(nom – prénom)

## ANNEXE 4

### ATTESTATION DE VALIDATION DU STAGE D'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

#### CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

#### DATE DU STAGE

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

J'atteste que sa durée est égale à : \_\_\_\_\_ heures

#### ENTREPRISE

Nom : \_\_\_\_\_ N° Siret : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom et fonction du maître de stage d'orientation professionnelle : \_\_\_\_\_

Nom du tuteur ADE de stage d'orientation professionnelle : \_\_\_\_\_

#### EVALUATION du CANDIDAT

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Aptitudes relationnelles (communication avec les membres de l'équipe, relation avec les patients)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise des caractéristiques spécifiques d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date

CACHET et signature du responsable de  
L'entreprise

## ANNEXE 5

### ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR pour les personnes ayant exercés Auxiliaire Ambulancier

#### CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_ Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

#### PERIODE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

à temps **plein sans interruption**

à temps **partiel sans interruption** (Nombre d'heures mensuelles : \_\_\_\_\_)

#### ENTREPRISE

Nom : \_\_\_\_\_ N° Siret : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom du Chef d'entreprise : \_\_\_\_\_

#### APPRECIATION DE L'EMPLOYEUR

CRITÈRES	INSUFFISANT	MOYEN	BON	TRÈS BON	OBSERVATIONS
Aptitudes physiques (agilité, résistance, port de charges, ergonomie)					
Motivation professionnelle					
Exactitude, rigueur					
Maîtrise d'un véhicule sanitaire					
BILAN					

Date \_\_\_\_\_

CACHET et signature du Chef d'entreprise

# NON CONCERNÉ

Document à déposer à la place des pièces demandées si vous n'êtes pas concerné