Institut de Formation d'Ambulanciers de Martinique

BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION A LA FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Le professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier assure la conduite du véhicule sanitaire léger ou est l'équipier de l'ambulancier, dans l'ambulance.

Afin de valider votre inscription, vous devez vous assurer d'être apte à la fonction d'auxiliaire ambulancier **:**

CONDITIONS REQUISES POUR EXERCER LE METIER D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Vous devez être titulaire :

- ❒ du **permis** de conduire B depuis au moins 3 ans ou 2 ans en conduite accompagnée. (n*e pas être sous permis probatoire)**

- ❒ **d'un certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier** délivré par un médecin agréé (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...) . A télécharger le **Cerfa 14880-02 - Permis de conduire avis médical - 2020.pdf** et faire compléter, tamponner et signer par un médecin agréé préfecture de Martinique…(liste disponible sur le site de ARS Martinique)

- ❒ de **l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance**; (vous devez vous rendre à la préfecture de votre département afin d'effectuer cette formalité, muni de votre certificat de non contre indication à la fonction d'ambulancier)

- ❒ d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France ;

A compléter par le candidat sollicitant une inscription à la formation Auxiliaire Ambulancier

Date Session prévue : ……..

Nom de naissance : _____ Nom Marital : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : **I**_____I_____I_____I Ville de naissance : _____

Date obtention de permis :……/……/……../ Numéro de permis : ……

Numéro de sécurité sociale : I___I___I___I___I___I___I ___I___I___I___I___I___I___I___**I (***Obligatoire)*

Numéro de téléphone : ……
Adresse mail : ……..@……

❒ J'atteste avoir pris connaissance des conditions requises **pour exercer le métier d'auxiliaire ambulancier** et y souscrire.

Fait à ……le ……

Nom prénom et **Signature du candidat :**