



**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION  
DES AMBULANCIERS  
IRFA - CHU NANCY**

**1, rue Joseph Cugnot C.O. 60034 54035 NANCY cedex  
Téléphone : 03 83 18 48 95 - Télécopie : 03 83 18 48 94  
Courriel : [irfa@chu-nancy.fr](mailto:irfa@chu-nancy.fr)**

PHOTO

**Directeur : J.M. KLEFFERT - Conseiller Scientifique : Docteur C. VAROQUI**

**FICHE D'INSCRIPTION  
FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER**

**RENSEIGNEMENTS**

Nom marital : .....		Nom de naissance : .....	
Prénom : .....		Nationalité : .....	
Date de naissance : .....		Lieu de naissance : ..... (Dépt. : .....)	
N° sécurité sociale...../...../...../...../...../...../.....			
Adresse : .....			
Téléphone fixe : .....		Adresse e-mail : .....	
Téléphone portable : .....			
Situation familiale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> enfant(s) <input type="checkbox"/> autres...		Personne à prévenir en cas d'accident Nom : .....	
		Téléphone fixe : .....	
		Téléphone portable : .....	
		N° permis de conduire : .....	
		Date d'obtention du permis : .....	
		Conduite accompagnée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date : .....	
		Validation ambulance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> date : .....	

**CURSUS SCOLAIRE**

**FORMATIONS ET EXPERIENCES**

<input type="checkbox"/> Brevet des collèges ou BEPC	<input type="checkbox"/> PSC1 : date .....	<input type="checkbox"/> PSE1 : date.....
<input type="checkbox"/> BEP / CAP...: .....	<input type="checkbox"/> PSE2 : date .....	<input type="checkbox"/> PAE3 : date.....
<input type="checkbox"/> BAC : .....	<input type="checkbox"/> Autres : .....	
<input type="checkbox"/> autres : .....	<input type="checkbox"/> Conducteur Ambulancier : depuis .....	

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Salarié(e)	A la recherche d'un emploi
Profession : .....	Depuis le : .....
Employeur (nom et adresse) : .....	Adresse de l'ANPE d'appartenance : .....
.....	.....
.....	.....
Tel : .....	Tel : .....

**PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION**

<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Mon entreprise	<input type="checkbox"/> Un organisme
	Raison sociale : .....	Raison sociale : .....
	Adresse : .....	Adresse : .....
	.....	.....
	N° Siret : .....	Nom du responsable : .....
	Nom du responsable : .....	Montant : ..... Décision notifiée le : .....

**FORMATION**

Dates	Horaires
En fonction de la date d'arrivée de votre dossier d'inscription, Possibilité d'inscription à la session du :	8h30 à 11h30 et de 12h30 à 16h30

**Date et signature**

TOURNEZ S. V. P. ➤➤➤➤➤

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION :**

**PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER ADMINISTRATIF  
et DU DOSSIER MEDICAL.**

- Fiche d'inscription complète et signée.
- Photocopie du baccalauréat éventuellement
- Promesse d'embauche éventuelle
- 2 photos d'identité (à coller ou àagrafer sur la fiche d'inscription et une libre avec nom et prénom au verso).
- Certificat médical (ci-joint) de vaccination conforme à la réglementation en vigueur.
- Certificat médical (ci-joint) dûment rempli et signé par un médecin agréé par l'ARS (anciennement DDASS).
- Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance.
- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité.
- Photocopie de l'attestation d'assuré social.
- Photocopie du permis de conduire recto et verso.
- Acte d'Engagement Financier complété, daté et signé de votre part (**OBLIGATOIRE**) (Même si prise en charge financière par un tiers)

**Tout dossier incomplet ne sera pas retenu**