



## DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION BRANCARDIER RNCP 36077

**Pour envoyer votre dossier  
et/ou vos courriers**

IFMS  
Centre Hospitalier  
3 Quai de l'hôpital – BP 229  
89306 JOIGNY Cedex

**Pour vous former et nous  
rendre visite**

IFMS  
Place Cassini  
1 avenue d'Hanover  
89300 JOIGNY

**Tél : 03.86.92.33.66**

**E-MAIL : [ifms@ch-joigny.fr](mailto:ifms@ch-joigny.fr)**

**SITE INTERNET : [ifms-joigny.fr](http://ifms-joigny.fr)**



# FORMATION BRANCARDIER

## RNCP 36077

L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription par dépôt de l'ensemble des pièces mentionnées en dernière page. Un entretien de motivation est organisé pour confirmer l'entrée en formation.

### 1. LE BRANCARDIER

Le Brancardier assure le transport et l'accompagnement des patients au sein d'établissements de soins en respectant les règles d'hygiène et de sécurité relatives au transport des patients et à l'utilisation du matériel ainsi que les procédures administratives.

### 2. LA FORMATION

- MODULE 1 : Connaissance de l'environnement hospitalier
- MODULE 2 : Connaissance des patients et des publics
- MODULE 3 : Hygiène hospitalière
- MODULE 4 : Communication interpersonnelle et professionnelle
- MODULE 5 : Gestes et soins d'Urgences niveau 1
- MODULE 6 : STAGE

### 3. LA CERTIFICATION

L'organisme certificateur est la Croix-Rouge Française, avec lequel l'IFMS a établi un conventionnement afin de délivrer les parchemins CRF.

### 4. TARIF

Tarifs : 1 425 € + 300 € (AFGSU 1)



## FICHE D'INSCRIPTION BRANCARDIER (E)

Mme       M.

NOM DE NAISSANCE .....

NOM D'USAGE .....

PRÉNOM(S) .....

DATE DE NAISSANCE ..... / ..... / ..... LIEU ET DEPARTEMENT .....

NATIONALITÉ .....

NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE : .....

SITUATION FAMILIALE .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TELEPHONE : .....

ADRESSE MAIL (**EN MAJUSCULE**) : .....@ .....

TRAVAILLEUR HANDICAPÉ :                      oui                       non  ([fournir notification MDPH](#))

### **FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

Demandeur d'emploi (Numéro unique France Travail obligatoire) : .....

Auto-Financement (Echéancier possible au trésor public - **joindre un justificatif**)

Employeur (**Joindre attestation de prise en charge avec coordonnées**)

Autres (Préciser) : .....

### **AUTORISATION DE PUBLICATION DES RESULTATS :**

Autorise                       N'autorise pas ([joindre un courrier](#))

*De diffuser les résultats de sélections sur le site Internet de l'IFMS et la diffusion de mon nom dans les résultats du jury final sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous avons besoin de votre accord.*

### **DROIT A L'IMAGE :**

Autorise                       N'autorise pas

*Dans le respect de la législation quant au droit à l'image et au droit du respect à la vie privée (article 226-1 du Code Pénal et loi n°78-17 du 6 janvier 1978), nous avons besoin de votre accord pour la diffusion de votre image dans le cadre cité ci-après : L'Institut de Formations souhaite utiliser des photos et vidéos sur lesquelles vous pourriez apparaître pour : mettre en ligne sur le réseau Intranet du Centre Hospitalier, dans le cadre des événements marquants de sa vie institutionnelle, illustrer des activités pédagogiques, communiquer sur ses activités dans les médias locaux.*

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste avoir réglé les frais de gestion de dossiers qui s'élève à 50€ (pour rappel, ces droits restent acquis dès réception du dossier même en cas de désistement, d'absence, de non-financement ou d'échec à la sélection sur dossier ou à l'épreuve orale).<sup>1</sup>

Date : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Signature

<sup>1</sup> Les informations recueillies par l'IFMS font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative des candidats. L'Agence régionale de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, France Travail et l'IFMS sont destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces données informatiques font l'objet de différentes enquêtes publiques. Conformément à la loi « Informatiques et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à [ifms@ch-joigny.fr](mailto:ifms@ch-joigny.fr)



**CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE  
A L'EXERCICE DE LA PROFESSION  
A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT  
ETAPE 1**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour : M , Mme

Nom de naissance (de famille).....<sup>1</sup>

Nom d'usage, si différent.....<sup>1</sup>

Prénoms.....<sup>1</sup> Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Pour la vaccination contre l'hépatite, se référer aux conditions définies par le Ministère de la Santé - voir les recommandations ARS page suivante

LA. LE CANDIDAT.E	OUI	NON
EST A JOUR de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite		
A REÇU 3 vaccinations contre l'hépatite B		
A PROCÉDÉ au contrôle de sa sérologie Hépatite B		
EST IMMUNISÉ.E contre l'hépatite B selon les recommandations ARS		
EST RÉPONDEUSE.EUR à la vaccination contre l'Hépatite B		
A ÉTÉ VACCINÉ.E contre la tuberculose		

**LA. LE CANDIDAT.E QUI N'EST PAS A JOUR NE POURRA SUIVRE LA FORMATION.**

*Nota bene:* Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Fait à ..... Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN OBLIGATOIRES :**

<sup>1</sup> Nom et prénom en CAPITAL.



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION  
A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS  
ETAPE 2**

- Aide-Soignant       Auxiliaire de Puériculture       Ambulancier  
 Auxiliaire Ambulancier       Brancardier

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, <sup>1</sup>

Certifie avoir examiné ce jour :      M ,      Mme

Nom de naissance (de famille).....<sup>2</sup>

Nom d'usage, si différent.....<sup>2</sup>

Prénoms.....<sup>2</sup>      Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**J'ATTESTE QUE LE- LA CANDIDAT-E      (2 cases à cocher)**



PRESENTE ...      ou       NE PRESENTE PAS ...

... de contre-indications physique ou psychologique à l'exercice de la profession



QU'IL OU ELLE EST IMMUNISE-E CONTRE L'HEPATITE B, sérologies  
contrôlées, résultats selon le schéma joint (selon les directives de l'ARS)

Fait à ..... Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**SIGNATURE et CACHET DU MEDECIN AGRÉÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :**

<sup>1</sup> Figurant sur la liste départementale des médecins agréés – à fournir par le candidat hors département 89. **Attention**, comme le stipule d'article 4 du décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique des agents de la fonction publique hospitalière, **les médecins agréés appelés à examiner des candidats aux emplois de la fonction publique hospitalière dont ils sont médecins traitants sont tenus de se récuser.**

<sup>2</sup> Nom et prénom en CAPITAL.

## **CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION** **PIÈCES OBLIGATOIRES A FOURNIR COMPLÉTÉES**

### **NE PAS COCHER (RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)**

- La fiche d'inscription dûment complétée
- 1 photographie d'identité récente (nom/prénom au dos)
- 1 photocopie recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité
- Pour les ressortissants hors Union Européenne**, une attestation de niveau de langue Française B2 est requise (informations : [www.ifms-joigny.fr](http://www.ifms-joigny.fr))
- Attestation de sécurité sociale
- La photocopie de l'Attestation Formation Gestes et Soins d'Urgence de niveau 1 (si moins de 4 ans)
- Un curriculum vitae
- Une lettre de motivation manuscrite
- Dossier médical (informations : [www.ifms-joigny.fr](http://www.ifms-joigny.fr))
- Notification de droit / non droit ARE - France Travail (de - 3 mois / Obligatoire pour les demandeurs d'emplois)
- Un chèque de **50 €** de frais de gestion de dossiers à l'ordre suivant : REG REC IFMS CH JOIGNY. *Ces droits restent acquis dès réception du dossier même en cas de désistement, d'absence, de non-financement ou d'échec à la sélection sur dossier ou à l'épreuve orale.*

Date de réception :

Commentaires :