

DOSSIER D'INSCRIPTION AMBULANCIER(E) SESSION 02-2027

Inscriptions : 10/07/2026 au 30/10/2026

Étude de dossier à réception des dossiers

Résultats : Le 10/11/2026

Stage d'observation professionnelle : Attestation de suivi de stage en annexe et à remettre au plus tard au jury de l'épreuve de sélection orale

Épreuve de sélection orale : Du 23/11/2026 au 27/11/2026 (Convocation par mail)

Résultats : Le 01/12/2026

Session de Formation : Du 08 Février 2027 au 15 juillet 2027

Capacité d'accueil : 12 personnes

Tarif : 5 600 € pour une formation complète

(Allègements / Dispenses – devis à demander par mail)

ENVOI PAR LA POSTE

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

DEPOT DU DOSSIER A L'INSTITUT

IFMS
Place Cassini
1 avenue d'Hanover
89300 JOIGNY

Tél : 03.86.92.33.66

E-MAIL : ifms@ch-joigny.fr

SITE INTERNET : ifms-joigny.fr

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ou envoyé après la date de clôture sera refusé

PIECES À FOURNIR POUR TOUS :

- ☐ La fiche d'inscription complétée
- ☐ 1 photographie d'identité (nom/prénom au dos)
- ☐ 1 photocopies recto/verso de votre carte d'identité en cours de validité / Pour les ressortissants étrangers un titre de séjour valide à l'entrée en formation
- ☐ **Pour les ressortissants étrangers**, une attestation de niveau de langue Française B2 (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Attestation de sécurité sociale
- ☐ Dossier médical annexé (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Un curriculum vitae
- ☐ Une lettre de motivation manuscrite
- ☐ Un document manuscrit relatant, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit votre projet professionnel en lien avec les attendus de la formation. Ce document n'excède pas deux pages (informations : www.ifms-joigny.fr)
- ☐ Copie des diplômes ou titres traduits en Français
- ☐ **Pour les auxiliaires ambulanciers** en activité l'Attestation employeur (annexée)
- ☐ 1 photocopie recto/verso du permis de conduire catégorie B (en cours de validité). Ne pas être titulaire d'un permis de conduire probatoire, à la date de clôture des dossiers
- ☐ 1 photocopie recto/verso de l'attestation préfectorale de conduite des ambulances délivrée par la Préfecture (lien et procédure de l'Yonne ci-après : <https://www.yonne.gouv.fr/Demarches/Professions-reglementees#!/Professionnels/page/F22121>)
- ☐ 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.

Si étudiant(e) :

- ☐ Copie de votre dernier certificat de scolarité
- ☐ Copie de vos derniers bulletins scolaires, appréciations, rapports de stages et résultats d'examens

Si inscrit(e) à France Travail :

- ☐ Notification de droit / non droit ARE (datant de moins de 3 mois)

Date de réception :

Commentaires :

CONDITIONS D'ACCES A LA FORMATION

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

PRÉ-REQUIS : Être titulaire du permis B en cours de validité et hors période probatoire.

« La sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base **d'un dossier et d'un entretien** destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre la formation conduisant au diplôme d'ambulancier. »

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ – ETUDE DE DOSSIER

L'ensemble du dossier d'admissibilité est apprécié au regard des attendus de la formation, noté sur 20 points par un binôme d'évaluateurs composé d'un Ambulancier Diplômé d'État en activité professionnelle ou d'un chef d'entreprise de transport sanitaire titulaire du diplôme d'État d'Ambulancier, et d'un formateur permanent ou d'un directeur en institut de formation d'ambulanciers. Une note inférieure à 10 est éliminatoire.

Le dossier comprend les pièces demandées (**cf. constitution du dossier d'inscription**)

Attendus	Critères
Intérêt pour le domaine de l'accompagnement et de l'aide à la personne (adulte et/ou enfant°)	Connaissances dans le domaine sanitaire, médico-social, social ou sociétal. Connaissances du métier et du déroulé de formation.
Qualités humaines et capacités relationnelles, aptitude physique	Aptitude à faire preuve d'attention à l'autre, d'écoute et d'ouverture d'esprit
	Aptitude à entrer en relation avec une personne adulte, à collaborer et à travailler en équipe
	Aptitude aux activités physiques
Aptitudes en matière d'expression écrite, orale	Maîtrise du français et du langage écrit et oral
	Pratique des outils numériques
Capacités organisationnelles	Aptitudes d'observation, à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail

STAGE D'OBSERVATION

Stage d'observation d'une durée de 70 heures à **effectuer avant l'entretien oral d'admission**. Ce stage est évalué par l'entreprise d'accueil. À l'issue du stage, le responsable du service ou de l'entreprise remet obligatoirement au candidat une attestation de suivi de stage (annexée) qu'il remet aux examinateurs lors de l'entretien d'admission.

ÉPREUVE D'ADMISSION – ENTRETIEN ORAL

L'entretien d'admission est évalué par un ou plusieurs groupes du jury d'admission, composés chacun d'un directeur d'un institut de formation ou son représentant issu de l'équipe pédagogique et d'un chef d'entreprise de transports sanitaires titulaire du Diplôme d'État d'Ambulancier ou d'un Ambulancier Diplômé d'État en exercice depuis au moins 3 ans.

D'une durée de 20 minutes maximum, l'entretien d'admission est noté sur 20 points. Il comprend une présentation orale de 5 minutes du candidat en lien avec son stage d'observation, lorsqu'il est réalisé ou son parcours professionnel antérieur lorsqu'il en est dispensé (8 points), suivie d'un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points). Une note inférieure à 8/20 est éliminatoire.

Cette épreuve a pour objet : D'évaluer la capacité du candidat à s'exprimer et à ordonner ses idées pour argumenter de façon cohérente ; D'apprécier les aptitudes et la capacité du candidat à suivre la formation ; D'apprécier le projet professionnel du candidat et sa motivation.

RÉSULTATS : Les résultats seront affichés et consultables sur le site internet de l'Institut

Deux listes de classement sont établies :

- ✓ Une liste principale, en fonction du nombre de places dans l'Institut
- ✓ Une liste complémentaire consultée en cas de désistement de candidats de la liste principale.

ATTENTION : Chaque candidat est informé personnellement par courrier de ses résultats.

Vous disposez d'un délai de dix jours pour confirmer par écrit votre inscription (sur liste principale ou sur liste complémentaire). Au-delà de ce délai, vous êtes présumé avoir renoncé à votre admission et votre place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur la liste complémentaire.

NB : L'admission n'est valable que pour l'année au titre de laquelle la sélection est organisée.

Des reports d'entrée en formation peuvent être accordés par la Directrice de l'IFMS où le candidat est admis, sur demande de celui-ci et sous certaines conditions (sur présentation d'un justificatif)

- Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet de bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilités ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;
- Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important empêchant de débiter sa formation.

DISPENSES DE SELECTION

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

DOSSIER D'ADMISIBILITE

(Accès direct à l'entretien d'admission) :

- ✓ Titulaire d'un diplôme de niveau 4 ou équivalent au [RNCP \(répertoire national des certifications professionnelles\)](#)
- ✓ Titulaire d'un diplôme de niveau 3 du secteur sanitaire et social
- ✓ Diplôme étranger donnant accès à un cursus universitaire dans le pays d'obtention
- ✓ Auxiliaires ambulancier ayant exercé AU MOINS 1 an en continu durant les 3 dernières années dans une ou plusieurs entreprises
- ✓ Les candidats admis en formation d'auxiliaire médical

STAGE D'OBSERVATION

- ✓ Les auxiliaires ambulanciers ou les conducteurs d'ambulance ayant exercé pendant un mois au minimum, en continu ou en discontinu, durant les trois dernières années et doivent fournir l'attestation d'employeur (annexée)
- ✓ Les sapeurs-pompiers de Paris ou les marins pompiers de Marseille justifiant d'une expérience professionnelle de 3 ans (fournir justificatif)

DOSSIER D'ADMISSION

✓ Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé au moins un an en continu dans les 3 dernières années
La sélection comprend uniquement un dossier d'admission dont les pièces sont celles du dossier d'admissibilité.

DOSSIER D'ADMISIBILITE ET D'ADMISSION

(Accès direct à la formation)

- ✓ Les auxiliaires ambulanciers ayant exercé cette fonction pendant une durée continue d'au moins un an durant les trois dernières années dans une ou plusieurs entreprises de transport sanitaire **et** titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau 3,

L'admission des candidats est déterminée en fonction de leur ordre d'inscription. Un maximum de 10 places est réservé pour ces candidats.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS AMBULANCIER(E)

MME/ M. NOM DE NAISSANCE

NOM D'USAGE

PRÉNOM(S)

DATE DE NAISSANCE / / VILLE ET N° DEPARTEMENT

NATIONALITÉ

TELEPHONE :

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

SITUATION FAMILIALE

NUMERO SÉCURITÉ SOCIALE :

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE

TRAVAILLEUR HANDICAPÉ : oui ☐ / non ☐ (Si oui fournir notification MDPH)

A ETE AUXILIAIRE AMBULANCIER : Plus d'un mois ☐ Plus d'un an ☐ (A la date des inscriptions)

PARCOURS DE FORMATION

- | | |
|---|---|
| ☐ Parcours Complet | ☐ Parcours IDE |
| ☐ Parcours partiel BAC PRO SAPAT | ☐ Parcours passerelle DEAS |
| ☐ Parcours partiel BAC PRO ASSP | ☐ Parcours passerelle DEAP |
| ☐ Parcours passerelle Autres | |

NOM DU DERNIER DIPLOME OBTENU OU EN COURS :

DATE D'OBTENTION : NIVEAU :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- ☐ Demandeur d'emploi (Identifiant France Travail obligatoire) :
- ☐ Auto-Financement (Échéancier possible au trésor public - **joindre un justificatif**)
- ☐ Continuité de scolarité (joindre le certificat)
- ☐ Employeur (**Joindre attestation de prise en charge avec coordonnées**)
- ☐ Autres (Préciser) :

RENSEIGNEMENTS SI DEMANDEUR D'EMPLOI

Numéro unique France Travail : Date d'inscription France Travail : -- / -- / --
Durée d'inscription : moins de 6 mois ☐ 6 à 11 mois ☐ 12 à 23 mois ☐ 2 ans et + ☐
Indemnisé : oui ☐ / non ☐ Fin d'indemnisation : -- / -- / --
Bénéficiaire du RSA : Date d'inscription : -- / -- / ---- Fin d'indemnisation : -- / -- / --

AUTORISATIONS LEGALES & RGPD

☐ **J'autorise** la diffusion de mes résultats de sélection sur le site de l'IFMS, ainsi que celle de mon nom sur les sites de l'IFMS et de la DREETS (jury final). *En cas de refus, merci de ne pas cocher cette case et de joindre impérativement un courrier explicatif à votre dossier (Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée).*

☐ **J'autorise** l'Institut de Formations à utiliser les photos et vidéos sur lesquelles j'apparais pour l'Intranet du Centre Hospitalier, l'illustration d'activités pédagogiques et la communication dans les médias locaux. *Si vous n'autorisez pas cette diffusion, veuillez laisser cette case décochée (Conformément à l'article 226-1 du Code Pénal et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978).*

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).¹

Date : __ / __ / 20 __

Signature

¹ 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

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE

A L'EXERCICE DE LA PROFESSION

A REMPLIR PAR UN MEDECIN TRAITANT

ETAPE 1

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....¹

Nom d'usage, si différent.....¹

Prénoms.....¹ 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		

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 :

¹ Nom et prénom en CAPITAL.

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

- ☐ Aide-Soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture ☐ Ambulancier
☐ Brancardier ☐ Auxiliaire Ambulancier

Je soussigné, Docteur....., Médecin agréé ARS, ¹

Certifie avoir examiné ce jour : M ☐, Mme ☐

Nom de naissance (de famille).....²

Nom d'usage, si différent.....²

Prénoms.....² 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 AGREÉ PAR L'ARS OBLIGATOIRES :

¹ 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.**

² Nom et prénom en CAPITAL.

ATTESTATION DE SUIVI DU STAGE D'OBSERVATION

Attestation conforme à l'annexe IV de l'arrêté du 11 avril 2022

A faire parvenir impérativement aux évaluateurs lors de l'entretien d'admission

CANDIDAT

Nom de naissance : Nom marital :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone portable :
 Adresse de messagerie :

ENTREPRISE D'ACCUEIL

Date du stage : Du / au / /

Nom de l'entreprise :
 N° Siret :
 Coordonnées de l'entreprise :

 Nom du responsable du suivi du stage d'observation du candidat :
 Fonctions dans l'entreprise :

APPRÉCIATION DU CANDIDAT

(Mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations)

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 de l'évaluation : / /

CACHET ET SIGNATURE du responsable de l'entreprise

ATTESTATION EMPLOYEUR AUXILIAIRE AMBULANCIER AYANT EXERCÉ AU MOINS UN MOIS

Attestation conforme à l'annexe VI de l'arrêté du 11 avril 2022

A faire parvenir impérativement aux évaluateurs lors de l'entretien d'admission

CANDIDAT

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone portable :

Adresse de messagerie :

ENTREPRISE D'ACCUEIL Période d'exercice professionnel : Du / au / /

Nom de l'entreprise :

N° Siret :

Coordonnées de l'entreprise :

.....

Nom du responsable dans l'entreprise :

APPRÉCIATIONS DE L'EMPLOYEUR

(Mettre une croix dans la colonne choisie et motivez impérativement votre choix dans la case observations)

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 de l'évaluation : __ / __ / ____ CACHET ET SIGNATURE du responsable d'entreprise