

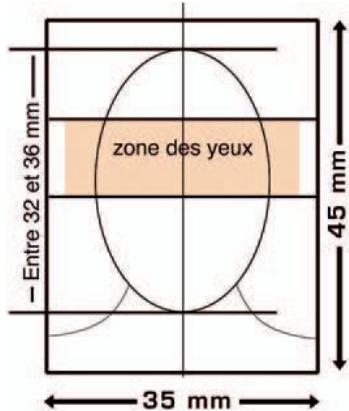
Fiche d'inscription pour la formation d'AUXILIAIRE AMBULANCIER

Accès à la formation préparant à l'attestation d'auxiliaire ambulancier

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H pour les informations le concernant.

INSCRIPTION

2026



- 2 photos d'identité (normes ISO/IEC 19794-s : 2005)
dont une collée sur cette fiche
 - Photocopie recto/verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité
 - Photocopie permis de conduire B recto/verso (période probatoire expirée)
 - Curriculum vitae accompagné d'une lettre de motivation **personnalisée**
 - Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier
 - Photocopie** de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance ou permis ambulancier
 - Certificat médical de vaccinations (facultatif)
 - Attestation d'affiliation à une caisse de sécurité sociale (droits ouverts)
 - Chèque de 1.170 € ou une attestation de prise en charge financière

En cas de besoin, quelle personne devons-nous prévenir ?

Dossier déposé à l'I.F.A.A. le

1_1_1_1_1_2_0_2_1_1

Tout dossier incomplet sera rejeté

Questionnaire de situation

AUXILIAIRE AMBULANCIER

INSCRIPTION
I.F.A.A.

2026

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque candidat bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

	OUI	NON
Êtes-vous lycéen(ne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si NON , précisez l'année de sortie du système scolaire		
Dernier diplôme obtenu (joindre photocopie)		
Êtes-vous salarié(e) du secteur privé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , indiquez le nom et adresse de votre employeur		
Travaillez-vous actuellement en <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI		
Si vous êtes en intérim ou CDD , date de fin de contrat /_/_ /_/_ /_/_/_		
Êtes-vous salarié(e) du secteur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , êtes-vous agent hospitalier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , quel est votre matricule		
Êtes-vous <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contractuel		
Indiquez le nom et adresse de votre employeur		
Pour les salarié(e)s auriez-vous une prise en charge du coût de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , précisez par qui		
Si la demande est en cours , précisez par quel organisme		
Avez-vous demandé un congé individuel de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi comme demandeur(se) d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , fournir une attestation Pôle Emploi avec votre numéro d'identification (obligatoire)		
Êtes-vous indemnisé(e) par Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , comment <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> AI		
Êtes-vous indemnisé(e) par une autre structure autre que Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , laquelle		
Êtes-vous inscrit(e) à la Mission Locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , fournir une copie de votre fiche de liaison (obligatoire)		
Percevez-vous le RMI-RSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , fournir une attestation CAF avec votre numéro d'allocataire (obligatoire)		
Êtes-vous allocataire de l'API	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , fournir une attestation CAF avec votre numéro d'allocataire (obligatoire)		
Êtes-vous reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , quelle catégorie		
Êtes-vous en congé parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous sollicité une prise en charge pour le financement de la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , auprès de quel organisme		
Financez-vous personnellement votre formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI , précisez (prêt, famille ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous suivre la formation sans rémunération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>