

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
I.F.A.A.

2026

IDENTITE

NOM DE NAISSANCE.....

NOM MARITAL.....

PRENOM

NATIONALITE (en toutes lettres)

DATE DE NAISSANCE /_/ /_/ /_/ /_/ (JJ/MM/AAAA) ÂGE /_/ /_ ANS

SEXE ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ

COMMUNE DE NAISSANCE

DEPARTEMENT /_/ /_/ /_

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_

☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ PACSÉ(E)

☐ VIE MARITALE/CONCUBINAGE ☐ DIVORCÉ(E)/SÉPARÉ(E) ☐ VEUF(VE)

NOMBRE D'ENFANT(S) /_/

AGE DES ENFANT(S) /_/ /_/ /_/ /_/ /_/

NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE /_/

ADRESSE.....

ADRESSE SUITE

VILLE.....CODE POSTAL /_/ /_/ /_/ /_

DEPARTEMENT /_/ /_/ /_

TEL /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_

PORTABLE /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_

COURRIEL.....@

INSCRIPTION

Est-ce votre 1^{ère} inscription à cette formation : ☐ OUI ☐ NON

Si non, nombre d'inscriptions : ☐ 2 fois ☐ 3 fois ☐ 4 fois

DIPLOMES

☐ NIVEAU III (BTS – Licence) ☐ NIVEAU IV (Bac ou équivalent) ☐ NIVEAU V (CAP ou BEP)

(Joindre photocopie du diplôme) Préciser :

☐ Autre

Préciser :

VEICULE : ☐ OUI ☐ NON N° IMMATRICULATION :

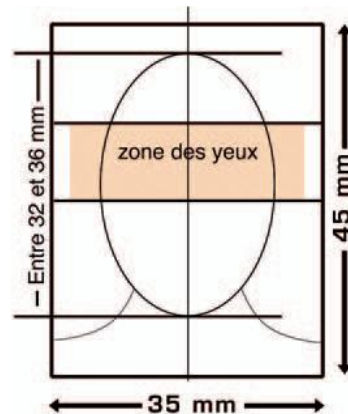
Je soussigné(e) atteste sur l'honneur :

- ✓ l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document
- ✓ avoir pris connaissance de la notice d'informations accompagnant ce formulaire (disponible sur le site internet www.erfpp84.fr)

Fait à le /_/ /_/ / 2 / 0 / 2 / /

Signature

PIÈCES À FOURNIR



- ☐ 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 ?

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél. /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_

Portable /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_

Dossier déposé à l'I.F.A.A. le

/_/ /_/ /_/ / 2 / 0 / 2 / /

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 ...)		
Pouvez-vous suivre la formation sans rémunération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>