Dossier d’inscription

Sélection d’entrée en formation

**AMBULANCIER**

Année 2023-2024

**⇨ Inscriptions du 06/02/2023 au 24/03/2023**

**⇨ Le dossier est à envoyer à l’IFA du CHU de Dijon :**

**Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne**

**12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny**

**BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX**

**par voie postale uniquement en lettre recommandée ou lettre suivie**

**⇨ Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date limite d’inscription**

**(Cachet de la poste faisant foi)**

**⇨ Tout dossier non conforme ou incomplet ne sera pas étudié**

**Réservé à l’IFA Dijon**

Date de réception du dossier : …………………………………………………………

**LA PROFESSION D’AMBULANCIER**

L’ambulancier est un professionnel de santé et du transport sanitaire.

Au sein de la chaîne de soins ou de santé, l’ambulancier assure la prise en soins et/ou le transport de patients à tout âge de la vie sur prescription médicale, ou dans le cadre de l’aide médicale urgente, au moyen de véhicules de transport sanitaire équipés et adaptés à la situation et à l’état de santé du patient. A ce titre, il peut réaliser des soins relevant de l’urgence dans son domaine d’intervention.

Il peut également exercer des activités relatives au transport de produits sanguins labiles, d’organes, ou au transport d’équipes de transplantations.

En cas d’état d’urgence sanitaire déclaré ou dans le cadre d’un déclenchement de plans sanitaires, l’ambulancier peut être conduit à réaliser des actes de soin dans son domaine de compétences.

Il exerce son activité au sein d’entreprises de transport sanitaire, d’établissements de soins (centre hospitalier, clinique, …), de services spécialisés d’urgence, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou tout autre professionnel de santé).

**CONDITIONS D’ACCES A LA FORMATION**

Les conditions d’accès à la formation sont définies dans l’Arrêté du 11 avril 2022.

La formation conduisant au diplôme d’Etat d’Ambulancier est accessible, sans condition de diplôme, par :

* La formation initiale dont la formation par apprentissage
* La formation professionnelle continue
* La validation, partielle ou totale, des acquis de l’expérience, dans les conditions fixées par un arrêté du ministère chargé de la santé (en attente)

La formation est ouverte aux candidats possédant un permis de conduire conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité à la date de clôture de la période réglementaire des inscriptions.

ATTENTION : le permis de conduire présenté ne doit plus être en période probatoire ( trois ans pour un permis classique et deux ans pour les conducteurs ayant suivi l’apprentissage anticipé à la conduite

L’admission en formation conduisant au diplôme d’Etat d’ambulancier est subordonnée au processus de sélection des candidats, organisé par les instituts de formation autorisés pour dispenser cette formation.

L’inscription des candidats se fait par le dépôt du dossier d’admissibilité directement auprès de l’institut ou des instituts de formation de leur choix.

Le processus de sélection des candidats comprend une admissibilité sur dossier et un entretien d’admission.

Pour se présenter à l’entretien d’admission, les candidats doivent réaliser un stage d’observation dans un service hospitalier en charge du transport sanitaire ou dans un entreprise de transport sanitaire habilitée par le directeur d’institut, pendant une durée de 70 heures.

L’entretien d’admission est évalué un jury d’admission.

D’une durée de 20 minutes maximum, l’entretien d’admission est noté sur 20 points : une présentation orale de 5 minutes du candidat (8 points), suivie d’un entretien de 15 minutes avec le jury (12 points).

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.

Une note inférieure à 8 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

Les résultats du processus de sélection sont affichés au siège de l’institut de formation, et publiés sur son site internet. Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats.

SI dans les 10 jours suivant l’affichage, un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n’a pas confirmé par écrit son souhait d’entrer en formation , il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

Les résultats du processus de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées.

**LES TARIFS DE LA FORMATION**

Les droits d’inscription au concours d’entrée s’élèvent à 85€.

Le règlement s’effectue par chèque uniquement à l’ordre de la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d’Or.

Ces droits restent acquis même en cas de désistement, d’absence ou d’échec au concours.

Les frais de scolarité s’élèvent à 6000€ pour un cursus complet de formation.

Pour un cursus partiel de formation, les frais de scolarité sont calculés au prorata des heures de formation à réaliser.

**PRECISIONS SUR LA VACCINATION OBLIGATOIRE**

**Tous les vaccins mentionnés sur le certificat sont obligatoires. (FICHE 3)**

Nous attirons votre attention sur le délai concernant la vaccination contre l’hépatite B qui comporte 3 injections à un mois d’intervalle pour les 2 premières et 4 mois pour la 3ème. **Cette vaccination doit être anticipée.**

Conseils : munissez-vous de votre carnet de santé et/ou carnet vaccinal lors de votre visite chez votre médecin ; ce dernier sera amené à consulter l’ensemble des informations sur les vaccinations et les maladies infantiles. Il pourra ainsi remettre à jour votre vaccination.

Les copies du carnet de santé ou du carnet de vaccinations ne sont pas recevables et ne remplacent pas le certificat médical de vaccinations.

**La vaccination contre la COVID 19 est obligatoire**.

Les apprenants en formation au sein de l’IFA du CHU de DIJON sont soumis aux dispositions applicables aux structures sanitaires et médico-sociales et à celles en vigueur au sein du CHU de Dijon. Les apprenants en formation devront présenter un justificatif de statut vaccinal complet concernant la covid-19 avec confirmation sur « PASS sanitaire » avant tout accès au site du CHU Dijon Bourgogne, ainsi que sur les lieux de stages.

**CALENDRIER PREVISIONNEL SELECTION ET RENTREE – INFORMATIONS**

L’IFA du CHU de DIJON organise 2 sessions de sélection par an.

**☞ Le calendrier :**

* **Inscriptions** : du lundi 6 février 2023 au 24 mars 2023
* **Jury d’Admissibilité**: semaine 14
* **Jury d’Admission :** semaine 24
* **Affichage des résultats et diffusion sur internet :** semaine 25
* **Date de rentrée** promotion 2023-2024 : jeudi 31 août 2023

**☞ Informations complémentaires :**

* La date de convocation à l’entretien vous sera transmise par courrier postal et adresse électronique (veillez à bien renseigner ces informations sur la fiche d’inscription).
* Les résultats de la sélection seront mis en ligne sur le site internet de l’IFA du CHU de DIJON et affichés à l’entrée du Campus Paramédical du CHU de Dijon.
* Aucun résultat ne sera communiqué par téléphone.

**☞ Recevabilité dossier d’inscription :**

* Le dossier d’inscription complet doit être envoyé **sous format A4** en envoi recommandé avec accusé réception ou en lettre suivie à l’IFA du CHU de DIJON. **Aucun dossier ou document transmis par un autre biais ne sera pris en compte.**
* Aucun dossier ne sera accepté au-delà de la date de clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi).
* Les documents demandés correspondant à votre profil sont obligatoires.
* Assurez-vous de la lisibilité des copies que vous transmettez.

**AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS SUR LE SITE INTERNET**

Cochez la case correspondant à votre souhait :

□ Accord □ Refus

En cas de non renseignement, nous considérons que vous donnez votre accord pour la diffusion sur le site internet.

FICHE 1

Agrafez

votre photo

d’identité

ICI

**Fiche d’inscription année 2023-2024**

**ETAT CIVIL**

□ Madame / □ Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom d’usage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre(s) prénom(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse postale (n° - rue…) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone Portable (obligatoire) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail personnel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : |\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|

FICHE 1

**votre profil de candidature POUR L’ACCES A LA FORMATION**

 **(cochez et fournir la photocopie du titre correspondant)**

|  |
| --- |
| 🞏 Sans diplôme (niveau 1)🞏 Brevet des collèges (Niveau 2)🞏 CAP/BEP/CFPA (Niveau 3)  🞏 BEP secteur sanitaire et social (niveau 3) 🞏 BAC/BP/BT/DAEU ( Niveau 4)🞏 BTS/DUT (Niveau 5)🞏 Licence/Master (Niveau 6)🞏 Diplôme 3ème cycle/Master 2 (Niveau 7) |
| TiTRE OU DIPLÖME DU SECTEUR SANITAIRE OU SOCIAL :🞏 BAC PRO ASSP 2011 (Niveau 4) 🞏 BAC PRO SAPAT 2011 (Niveau 4)🞏 Diplöme ARM 2019 (Niveau 4)🞏 BAC PRO Conducteur de Transport Routier Marchandises (Niveau 4) 🞏 DEAS 2021 (Niveau 4)🞏 DEAP 2021 (Niveau 4)🞏 DEAS (Ancien référentiel – Niveau 3)🞏 DEAP (Ancien référentiel – Niveau 3)🞏 Titre professionnel ADVF ( Niveau 3)🞏 Titre professionnel ASMS ( Niveau 3)🞏 DEAES 2021 ( Niveau 3)🞏 DEAES 2016 Spécialités (Niveau 3)🞏 Titre professionnel Conducteur Livreur sur véhicule utilitaire léger ( niveau 3)🞏 CQP Assistant Médical 🞏 METIERS D’AUXILIAIRES MEDICAUX (Infirmier, masseurs-kinésithérapeute, orthoprothésiste et pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthoponiste, orthoptiste, manipulateur d’électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien)  |

|  |
| --- |
| PARCOURS PROFESSIONNEL :🞏 AUXILIAIRE AMBULANCIER ayant exercé au moins **UN MOIS** 🞏 en continu dans les 3 dernières années 🞏 en discontinu🞏 AUXILIAIRE AMBULANCIER ayant exercé au moins **UN AN** en continu dans les 3 dernières années |
| 🞏 SAPEURS POMPIERS DE PARIS justifiant d’une expérience professionnelle de 3 années🞏 MARINS POMPIERS DE MARSEILLE justifiant d’une expérience professionnelle de 3 années |

FICHE 1

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Le statut définit la prise en charge du coût de la formation et les droits à rémunération pendant la durée de la formation. Il est en lien avec la situation de l’apprenant à son entrée en formation :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En formation initiale** | 🞎 |  |
| **Inscrit à Pôle Emploi** | 🞎 | Numéro Identifiant :  |
| **Salarié** | 🞎 | Nom de l’employeur :  |
| **Autre (précisez)** | 🞎 |  |

***Modalités de financement de la formation d’Ambulancier selon situation à la rentrée***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ma situation avant l'entrée en formation** | **Financement du coût de formation** |
| **Je suis en formation****initiale (sans rupture****de scolarité) avant la****formation****(hors formation AES)** | - je suis scolarisé- je suis une préparation au concours après mes études et avantl'entrée à l'école | - Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formation sirespect du cursus en fonction de son diplome- Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcourscomplet et partiel) à hauteur de 184€- Possibilité de déposer une demande de bourse pour les **parcours****complets et parcours partiel (Bac pro SAPAT et ASSP)** |
| **Je suis demandeur d’emploi inscrit à Pôle Emploi****Fournir une attestation de droits à Pöle Emploi** | **Pour les parcours complets :**- je suis inscrit à Pôle emploi au plus tard la veille de l'entrée enformation toutes catégories confondues- je ne suis pas titulaire d'une qualification professionnelle dansles 2 ans précédant l'entrée en formation sauf CAP Petite enfanceet AEPE- je n'ai pas obtenu un diplôme paramédical et/ou relevant dusecteur social- je ne suis pas démissionnaire d'un **CDI à temps plein ou partiel**dans les 4 mois précédant l'entrée en formation- je ne suis pas en congé parental**Pour les parcours partiels :**- je suis titulaire d'un BAC PRO SAPAT ou ASSP + critères ci-dessus (hors formation AES) | - Prise en charge par le Conseil régional du coût de la formationpour les parcours complets et partiels issus des bacs proSAPAT/ASSP**ATTENTION ! Les titulaires d'un BAC PRO SAPAT/ASSP et****CAP AEPE pour les AP ne seront pas pris en charge sur un****parcours complet**- Prise en charge des formations AES par le Conseil régional dansle cadre de l'appel à projets- Frais d'inscription à la charge de l'apprenant (en parcourscomplet et partiel) à hauteur de 184€- **Impossibilité** de déposer une demande de bourse*Formulaire de demande de prise à charge à retirer auprès des écoles ou sur le site internet du conseil régional* |
| - Pour les parcours "passerelles" :je suis titulaire d'un des diplômes suivants : auxilaire depuériculture, aide-soignant, ambulancier, assistant de vie auxfamilles, accompagnant éducatif et social (AMP et DEAVS),assistant de régulation médicale, agent de service medico-social | Le demandeur d'emploi doit contacter directement son conseillerPôle Emploi pour valider son projet de formation et étudier lespossibilités de financement dans l'ordre suivant : CPF Autonome,CPF Abondé PE, AIF**Impossibilité** de déposer une demande de bourse |
| **Je suis sans emploi** | - je ne suis pas inscrit à Pole Emploi | Pas de prise en charge : **auto-financement possible** |
| **Je suis salarié** | - je travaille dans un établissement public- je travaille dans un établissement privé | - contacter son employeur pour étudier la possibilité de la prise encharge du coût de la formation- contacter Transitions Pro Bourgogne Franche-Comté (projet detransition professionnelle) pour la prise en charge du coût de la formation |

FICHE 2

**Certificat médical établi par un médecin agréé**

*(Conforme à la réglementation en vigueur selon l’arrêté du 21 avril 2007 et du 20 avril 2012*

*relatifs aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des paramédicaux)*

|  |  |
| --- | --- |
| Je, soussigné(e) Docteur : | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Certifie que :  | Madame □ / Monsieur □  |
| Nom : | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Prénom : | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Né(e) le | …………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

candidat(e) à l’inscription en formation d’ambulancier (2023-2024), ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d’ambulancier.

**Date** : …………………………………………….

**Signature et cachet du médecin agréé :**

FICHE 3

**Certificat médical de vaccinations à renseigner par un médecin**

 ***(Conforme à la réglementation en vigueur selon l’arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des paramédicaux)***

|  |  |
| --- | --- |
| Je, soussigné(e) Docteur : | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Certifie que :  | Madame □ / Monsieur □  |
| Nom : | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Prénom : | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Né(e) le | …………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |
| candidat(e) à l’inscription en formation d’ambulancier (2023-2024), → est à jour de :* la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite,
* la vaccination contre l’hépatite B (**3 doses**),
* la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole,
* la vaccination contre la COVID-19.

→ est immunisé(e) contre l’Hépatite B (**sérologie dosage anticorps anti-HBS réalisée**)**.**Remarques : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Date** : …………………………………………….

**Signature et cachet du médecin :**

FICHE 4

**Attestation sur l’honneur et acceptation**

Après **avoir pris connaissance de toutes les informations contenues dans le dossier d’inscription à la sélection,**

je soussigné(e) :

* **Nom : …………………………………………………………………………………………….**
* **Prénom : …………………………………………………………………………………………….**

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur les documents fournis

Et accepte les modalités d’inscription dans leur intégralité.

**A** **…………………………………………………,** le **…………………………………………………**

**Signature :**

FICHE 5

**PIECES A FOURNIR**

**Cochez la case lorsque le document est joint**

**POUR TOUS LES CANDIDATS**

**Partie réservée à l’institut**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | **Fiche d’inscription année 2022-2023 (Fiche 1). Vos nom et prénom doivent figurer sur toutes les pages.** | □ |
| □ | **1 curriculum vitae détaillé et récent** | □ |
| □ |  **1 Lettre de motivation *manuscrite*** | □ |
| □ | **1 document *manuscrit* relatant, au choix du candidat, soit une situation personnelle ou professionnelle vécue, soit son projet professionnel en lien avec les attendus de la formation (Fiche 5) .** ***Ce document n’excède pas deux pages.***  | □ |
| □ | **Copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français** | □ |
| □ | **Attestations de travail, accompagnées éventuellement des appréciations et/ou recommandations de l’employeur (ou des employeurs)** | □ |
| □ | **Attestation de l’employeur pour les personnes ayant exercé au moins un mois en qualité d’Auxiliaire Ambulancier ou Conducteur d’Ambulance ( Fiche 6)** | □ |
| □ | **Pour les ressortissants hors Union Européenne, une attestation de niveau de langue française requis B2 ou tout autre document permettant d’apprécier la maîtrise de la langue française** | □ |
| □ | **Tout autre justificatif valorisant un engagement ou une expérience personnelle en lien avec la profession d’ambulancier** | □ |
| □ | **Certificat médical établi par un médecin agréé (Fiche 2)** | □ |
| □ | **Certificat médical de vaccinations établi par un médecin ou le médecin agréé (Fiche 3)** | □ |
| □ | **Attestation sur l’honneur et acceptation (Fiche 4)** | □ |
| □ | **Fiche « pièces à fournir » (Fiche 5)** | □ |
| □ | **Photocopie recto-verso de la carte nationale d’identité (ou titre de séjour) en cours de validité** | □ |
| □ | **Photocopie recto-verso du permis de conduire, hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité** | □ |
| □ | **Photocopie de l’attestation préfectorale d’aptitude à la conduite d’ambulance obtenue auprès de la Préfecture après examen médical auprès d’un médecin agréé par la Préfecture de votre département**  | □ |
| □ | **Attestation de sécurité sociale en cours de validité (pas de photocopie de la carte vitale)** | □ |
| □ | **Attestation de responsabilité civile individuelle couvrant la période de la formation** | □ |
| □ | **Chèque d’un montant de 85 euros à l’ordre de la « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d’Or ».****Le chèque doit être signé. Vos nom et prénom doivent être indiqués au dos du chèque** | □ |

FICHE 5

**LES ATTENDUS DE LA FORMATION**

**Annexe V de l’Arrêté du 11 avril 2022**

Les compétences et aptitudes ci-dessous peuvent être vérifiées dans un cadre scolaire, professionnel, associatif ou autre :

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTENDUS** | **CRITERES** |
| **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 ou socialConnaissance du métier |
| **Qualités humaines, 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** | Maitrise du français et du langage écrit et oral |
| Pratique des outils numériques |
| **Capacités organisationnelles** | Aptitudes à s'organiser, à prioriser les activités, autonomie dans le travail |

FICHE 6

**ANNEXE VI**

#### **ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR**

#### **POUR LES PERSONNES AYANT EXERCE AU MOINS UN MOIS**

#### **EN QUALITE D’AUXILIAIRE AMBULANCIER OU CONDUCTEUR D’AMBULANCE**

**CANDIDAT**

Nom / Nom marital éventuel : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél / Fax : Mail :

**PERIODE D’EXERCICE PROFESSIONNEL**

**Du…………….……..………….. Au ………………………………………………**

**ENTREPRISE**

Nom :

N° Siret :

Coordonnées :

Nom du Responsable dans l’entreprise :

**APPRECIATION DE L’EMPLOYEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 CACHET du Responsable de l'Entreprise