



**DOSSIER D'INSCRIPTION :**  
**PRÉPARATION À L'ATTESTATION**  
**D'AUXILIAIRE AMBULANCIER**

*(Arrêté : 11 avril 2022)*

**Session Novembre 2025**

**Ne pas imprimer en recto-verso**

## LES CONTACTS

- ✓ **Secrétariat :**  
1146 avenue du Père Soulas  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5
- ✓ **Téléphone :** 04 67 33 52 94
- ✓ **E-Mail :** [ifa@chu-montpellier.fr](mailto:ifa@chu-montpellier.fr)

**Accueil** : du lundi au vendredi de 8 h à 16 h 30 **sauf le jeudi, jour de fermeture au public**

## **PRÉ-REQUIS POUR L'ENTREE EN FORMATION**

- Savoir lire, écrire, compter et parler français afin de pouvoir valider les 2 évaluations écrites de fin de formation pour obtenir l'AFGSU 2 et l'attestation d'auxiliaire ambulancier.
- Disposer d'un **permis de conduire français**; hors période probatoire, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité.

## COÛTS DE LA FORMATION

Coûts de la formation :

- 1) **1350 €**, si vous n'êtes pas titulaire de l'AFGSU 2 ou si votre attestation date de plus de 4 ans et que vous n'êtes pas demandeur d'emploi.
- 2) **1110 €**, si vous êtes demandeur d'emploi non titulaire de l'AFGSU 2.
- 3) **850 €**, si vous êtes titulaire de l'AFGSU 2 de moins de 4 ans, quel que soit votre statut.
- 4) **1008 €**, si vous êtes un agent du CHU.

**Attention** : tarifs prévisionnels susceptibles d'être révisés après décision des instances budgétaires du CHU de Montpellier.

**Important** : pour toute inscription annulée par le contractant moins de **15 jours avant le début du stage**, le **CHU de Montpellier facturera 25 % du montant de la formation**.

Pour toute inscription annulée **moins de 2 jours ouvrables avant le début du stage**, le **CHU de Montpellier facturera le montant total de la formation**.

**En cas d'absence** du ou des participant(s) le premier jour de formation ou les jours suivants, le CHU de Montpellier facturera au contractant **le montant total de la formation**.

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

La prise en charge du coût de formation se fait **généralement en autofinancement**, avec un paiement :

- Soit par chèque à l'ordre du « **TP-CHU Montpellier IFMS Régie 44** » ;
- Soit par carte bancaire ou prélèvement bancaire, en 1 ou plusieurs mensualités, à réception de **l'avis de sommes à payer émis par le Trésor Public** ;

Une prise en charge est possible par un employeur (ex : *Mairie*) ou organisme financeur (ex : *MLI, CARSAT, OPCO...*), ou France Travail dans le cadre d'un POEI (*financement sous condition de promesse d'embauche auprès d'une entreprise de transport sanitaire ; dans ce cas votre conseiller(ère) doit se rapprocher du secrétariat de l'IFA*).

## DEVIS (voir annexe 3)

Les **demandes de devis** pour une prise en charge par l'employeur (ex : *Mairie*) ou organisme financeur (ex : *MLI, OPCO...*), **ne valent pas inscription et ne font pas office de prise en charge**. Les demandes se font par mail à [ifa@chu-montpellier.fr](mailto:ifa@chu-montpellier.fr).

## ORGANISATION GENERALE DE LA FORMATION

L'ensemble de la formation comprend **70 heures** d'enseignement théorique et pratique. À cela il faut ajouter **21 h heures d'AFGSU 2**. Toutes les compétences seront évaluées et devront être acquises afin d'obtenir les attestations de formation.

### CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS 2025

- SESSION DU : 25 NOVEMBRE AU 11 DECEMBRE 2025

## PROGRAMME DE LA FORMATION D'AUXILIAIRE AMBULANCIER

	<i>Intitulé</i>	<i>Type d'enseignement</i>
<b>Compétence 1</b>	Hygiène, Généralités + Ambulances	Théorique et Pratique
<b>Compétence 2</b>	Ergonomie, Relevage, Brancardage	Théorique et Pratique
<b>Compétence 3</b>	Communication	Enseignement Pratique
<b>Compétence 4</b>	Règlementation / Sécurité des transports	Théorique et Pratique
<b>Compétence 5</b>	Règles et valeurs professionnelles	Théorique
<b>Compétence 6</b>	Bilan état clinique	Théorique et Pratique
<b>AFGSU 2</b>	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2)	Théorique et Pratique

La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire faute de quoi l'attestation ne pourrait être délivrée.

Toute absence, même justifiée, devra donc faire l'objet d'un rattrapage lors d'une session suivante.

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

Le candidat devra fournir **tous** les documents nécessaires au dossier **avant le 07/11/2025**.

Le dossier d'inscription **complet** doit impérativement être :

- **Soit transmis en 1 seul envoi par courrier recommandé ou courrier suivi à l'adresse suivante :**

Institut de Formation des Ambulanciers  
IFMS - 1146 avenue du Père Soulas  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

***(Conserver le récépissé d'envoi en cas de réclamation)***

- **Soit déposé en mains propres au secrétariat sur rendez-vous aux heures d'ouverture au public (fermeture le jeudi)**

**Attention : les dossiers directement déposés dans la boîte aux lettres de l'institut ne seront pas pris en compte.**

## IMPORTANT

Cette session offrant 16 places :

1. Le dossier doit être complet (documents administratifs + chèque du montant de la formation) et conforme à la demande de l'institut.
2. **Une convocation de pré-rentree sera envoyée 2 semaines avant aux candidats retenus pour suivre la formation.**
3. Une liste d'attente sera constituée si les demandes sont supérieures au nombre de places offertes.



## DOSSIER D'INSCRIPTION

**Tout dossier INCOMPLET et NON CONFORME entraînera un REJET de la candidature.**

**Pièces administratives obligatoires pour l'inscription à la formation :**

- ❑ La fiche d'inscription dûment complétée (Annexe 1).
- ❑ 1 curriculum vitae.
- ❑ 1 lettre de motivation manuscrite.
- ❑ 1 chèque à l'ordre du « TP-CHU Montpellier IFMS Régie 44 » (montant en fonction de la situation du candidat à la page 3).

OU

- ❑ Lettre d'engagement de paiement complétée et signée (**paiement à réception de l'avis de sommes à payer émis par le Trésor Public**) (Annexe 4).
- ❑ Une attestation d'inscription à France Travail, si vous êtes demandeur d'emploi.
- ❑ La photocopie de l'AFGSU 2 en cours de validité, si vous en êtes titulaire.
- ❑ 1 photo d'identité (nom + prénom inscrits au dos).
- ❑ 1 copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport, ou du titre de séjour pour les ressortissants hors UE, **en cours de validité**.
- ❑ 1 copie recto-verso du permis de conduire français, **hors période probatoire**, conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité.
- ❑ Convention de formation complétée et signée (page 11).
- ❑ 1 copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile habitation comportant la garantie « **Responsabilité civile vie privée** ».
- ❑ 1 copie de l'**attestation de sécurité sociale**.
- ❑ 1 enveloppe autocollante format A5, libellée à vos nom et adresse et affranchie au tarif normal en vigueur.

## ANNEXE 1 : FICHE D'INSCRIPTION



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA FORMATION  
**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**  
Instituts de Formation aux Métiers de la Santé – IFMS  
1146 avenue du Père Soulas – 34295 MONTPELLIER CEDEX 5  
N° d'agrément 9134PO83334  
Téléphone : 04 67 33 52 94  
Mail : ifa@chu-montpellier.fr

Intitulé de la formation : **Auxiliaire Ambulancier**  
Dates de formation : **du 25/11 au 11/12/2025 de 8 h 30 à 16 h 30**  
Lieu : **IFA – 1146 avenue du Père Soulas – 34295 MONTPELLIER CEDEX 5**

### PARTICIPANT

Nom : ..... Nom de naissance : .....  
Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tel : ..... E-mail : .....  
Date et lieu d'obtention du permis de conduire : .....  
Profession : .....  
Votre entrée à cette formation nécessite-t-elle de prévoir un aménagement pour les cours ou les examens ? ☐ OUI ☐ NON  
Souhaitez-vous être mis(e) en relation avec notre référent(e) handicap ? ☐ OUI ☐ NON  
Disposez-vous d'un dossier MDPH ? ☐ OUI ☐ NON  
Disposez-vous d'une RQTH (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé) ? ☐ OUI ☐ NON

### OBJECTIFS DE LA FORMATION

Les objectifs de la formation énoncés dans le programme correspondent-ils à votre besoin ? ☐ OUI ☐ NON  
Commentaires : .....

### SI ETABLISSEMENT (EMPLOYEUR)

N° SIRET : .....  
Code Service \* : .....  
Numéro engagement \* : .....  
*\* uniquement pour les établissements publics*  
Adresse de Facturation (à qui sera adressée la facture) : .....  
Nom Etablissement : .....  
Nom-Prénom : .....  
Tel : ..... E-mail : .....  
Responsable de la formation (à qui seront adressées les conventions de formation)  
Nom-Prénom : .....  
Tel : ..... E-mail : .....  
Fait à ..... Le .....

Signature et cachet de l'établissement



## ANNEXE 2 : RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Une prise en charge est possible par France Travail dans le cadre d'un POEI (*financement sous condition de promesse d'embauche auprès d'une entreprise de transport sanitaire ; dans ce cas votre conseiller(ère) doit se rapprocher du secrétariat de l'IFA*).

Etes-vous demandeur d'emploi ? Oui ☐ Non ☐

N° identifiant France travail (**obligatoire**) : .....

Date d'inscription à France Travail (**obligatoire**) : .....

*Attestation d'inscription à France Travail à fournir obligatoirement.*

Emploi exercé avant la période de chômage : .....

Avez-vous une promesse d'embauche ? Oui ☐ Non ☐

Nom de l'entreprise : .....

Date : .....

Signature du candidat



## ANNEXE 3 : DEMANDE DE DEVIS AUXILIAIRE AMBULANCIER

Une prise en charge est possible par un employeur (ex : *Mairie*) ou organisme financeur (ex : *MLI, CARSAT, OPCO...*). *Dans ce cas, votre conseiller(ère) doit se rapprocher du secrétariat de l'IFA et une demande de devis doit être effectuée.* Pour cela, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et l'adresser au secrétariat de l'institut par mail à : [ifa@chu-montpellier.fr](mailto:ifa@chu-montpellier.fr)

NOM : .....

Prénom(s) : .....

Adresse : .....

.....

Tél. Fixe : ..... Tél mobile : .....

E-mail : .....

Dates de la session : .....

Financement par un organisme : Oui ☐ Non ☐

Nom de l'Organisme de Financement : .....

Date : .....

Signature du candidat

**Attention** : le devis ne vaut pas pour inscription



## ANNEXE 4 : LETTRE D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e) Madame / Monsieur .....,  
né(e) le ..... à ....., demeurant au  
.....,  
reconnais devoir à l'IFA du CHU de Montpellier, 1146 avenue du Père Soulas, 34295  
MONTPELLIER CEDEX 5, la somme de .....€,  
..... euros (en toutes lettres),  
correspondant au paiement de la formation d'Auxiliaire Ambulancier.

Je m'engage à régler cette somme selon les modalités définies par la Trésorerie du CHU de  
Montpellier (**en une seule ou plusieurs échéances**).

En cas de difficulté, je m'engage à informer immédiatement la Trésorerie du CHU de  
Montpellier (04.67.33.67.63) afin de trouver une solution amiable.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... Le .....

Signature du candidat

*Précédée de la mention « Lu et approuvé – Bon pour accord ».*



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA FORMATION  
**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**  
Instituts de Formation aux Métiers de la Santé – IFMS  
1146 avenue du Père Soulas – 34295 MONTPELLIER CEDEX 5  
N° d'agrément 9134PO83334  
Téléphone : 04 67 33 52 94  
Mail : ifa@chu-montpellier.fr

## CONVENTION DE FORMATION

### Entre :

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier  
Instituts de Formation aux Métiers de la Santé  
1146 avenue du Père Soulas - 34295 MONTPELLIER CEDEX 5  
N° SIRET : 26340016000382  
N° de déclaration d'organisme de formation : 9134P0833 34 - représenté par sa Directrice Générale, Madame Anne FERRER, et par délégation par la Directrice de l'institut, Mme Géraldine BELLVER.

Ci-après dénommé le CHU de Montpellier.

### Et :

**NOM et Prénom de l'élève :** .....

Ou

**Coordonnées de l'employeur :** .....  
.....

Ci-après dénommé le co-contractant

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

### ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier accueillera au titre de la formation  
D'auxiliaire ambulancier : **NOM et Prénom :** .....

### ARTICLE 2 - NATURE ET CARACTERISTIQUES DE LA FORMATION

Date de la formation : **du 25/11 au 11/12/2025**

Nombre de jours de la formation : **13**

Frais d'inscription .....€ par personne.

Lieu : **IFA - IFMS, 1146 avenue du Père Soulas, 34295 MONTPELLIER CEDEX 5**

### ARTICLE 3 - RESPONSABILITE

Le co-contractant conserve ses prérogatives et responsabilités dans les domaines statutaire et disciplinaire sur ses agents en cours de formation.

Tout dommage causé par le participant en formation sera couvert par l'établissement dont il relève. En revanche, tout dommage subi par le participant dans le cadre de sa formation sera pris en charge par l'assureur du CHU de Montpellier.

### ARTICLE 4 - DISPOSITIONS FINANCIERES

Les frais d'inscription à la formation, soit 1350 € ou 1110 € ou 850 € ou 1008 €, seront à régler par le co-contractant à l'inscription ; seuls les règlements par chèque à l'ordre du « TP-CHU Montpellier IFMS Régie 44 » sont acceptés (pas d'espèces), ou par CB ou prélèvements à réception de l'avis de sommes à payer émis par le Trésor Public.

Les frais de formation ne comprennent pas les frais de repas du ou des participants.

### ARTICLE 5 - ATTESTATION DE STAGE

Le CHU de Montpellier s'engage à contrôler l'assiduité des participants à la formation et à signaler au co-contractant les absences éventuelles. Les attestations de formation seront délivrées à chaque participant à l'issue de la formation si les compétences visées sont acquises.

### ARTICLE 6 - CONDITIONS D'ANNULATION

#### ARTICLE 6.1 : ANNULATION PAR LE CHU DE MONTPELLIER

Le CHU de Montpellier se réserve la possibilité d'annuler la formation si le nombre de participants est insuffisant (minimum 12 participants). Dans ce cas, il s'engage à en informer le co-contractant **15 jours** avant la date prévue du début de la formation.

#### ARTICLE 6.2 : ANNULATION PAR LE CO-CONTRACTANT

**Pour toute inscription annulée par le co-contractant moins de 15 jours avant le début du stage**, le CHU de Montpellier lui facturera 25 % du montant de la formation. **Pour toute inscription annulée moins de 2 jours ouvrables avant le début du stage**, le CHU de Montpellier facturera le montant total de la formation.

En cas de non présentation du ou des participant(s) le premier jour du stage ou les jours suivants, le CHU de Montpellier facturera au co-contractant le montant total de la formation.

### ARTICLE 7 - ABSENCES

**Toute absence durant la formation ne pourra être rattrapée qu'à la prochaine session de formation Auxiliaire Ambulancier.**

### ARTICLE 8 - AMENAGEMENTS

Les aides et aménagements sollicités dans le cadre du handicap sont mis à disposition du candidat par l'Institut de Formation d'Ambulanciers, sous réserve que les charges afférentes ne soient pas disproportionnées au regard des moyens matériels et humains dont il dispose.

La présente convention prend effet à compter de la signature du co-contractant pour la durée de la formation visée à l'article 2. A défaut d'accord amiable en cas de litige, celui-ci sera porté devant le Tribunal Administratif de Montpellier.

Montpellier, le .....

Fait à : ....., le .....

Pour le CHU de Montpellier  
P/O la Directrice Générale et par Délégation  
La Directrice de l'IFA  
**Madame G. BELLVER**

Nom du Stagiaire :  
Signature

Ou employeur :  
Signature

## ANNEXE 5 : DÉMARCHES À EFFECTUER À L'ISSUE DE LA FORMATION

L'auxiliaire ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance. Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance.

Afin de pouvoir exercer la profession d'auxiliaire ambulancier, les candidats ayant validé la formation doivent effectuer des démarches afin d'être en possession des documents obligatoires nécessaires à leur future prise de poste au sein d'une entreprise de transport sanitaire.

En plus d'être en possession d'un permis de conduire valide, de l'attestation de formation d'Auxiliaire Ambulancier de 70 h et de l'attestation de formation de 21 h d'AFGSU 2 ; vous devrez avoir une consultation avec trois médecins différents :

- Un **médecin agréé ARS** (qui vous délivrera un certificat médical de non-contre-indication à la profession d'ambulancier : [Document1](#)) ;
- Un **médecin agréé par la préfecture** (qui vous délivrera un imprimé CERFA bleu [Formulaire avis médical - cerfa\\_14880-02.pdf](#), pour entreprendre la demande d'obtention de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance sur : [Demande d'obtention de la carte médicale.pdf](#)) ;
- Votre **médecin traitant** (qui stipulera que vous êtes à jour des vaccinations obligatoires conformément à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique : [Attestation-vaccination.pdf](#)).

Pour plus d'informations, rendez-vous sur notre site internet :

<https://ifms.chu-montpellier.fr/fr/ifa/auxiliaires-ambulanciers/demarches-a-faire-avant-de-pouvoir-exercer-le-metier-dauxiliaire-ambulancier>