Dossier administratif CFARM Vannes

Procédure d'inscription :

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis au CFARM de Vannes pour la rentrée de janvier 2027 et ayant confirmé leur inscription à l'IFPS, à l'issue de l'épreuve de sélection des 8 et 9 octobre 2026.

Imprimer (en recto uniquement) et compléter le dossier d'inscription, puis réunir les pièces demandées. Ce dossier doit nous être retourné complet avant le 30 octobre 2026, soit par courrier recommandé ou en main propre.

L'admission définitive au CFARM est subordonnée à la production de l'ensemble des pièces demandées.

Rentrée le 4 janvier 2027

PROMOTION

ARM

JANVIER 2027

IFPS

Campus Tohannic
11 Rue André Lwoff
56000 VANNES

Tel : 02.97.46.84.08

www.ifps-vannes.fr

Courriel :
cfarm@ifps-vannes.fr

Pièces à joindre au dossier dûment complété

Liste des pièces à joindre au dossier administratif	Cadre réservé à l'IFPS
Dossier administratif	
➔ **Une photocopie de votre carte d'identité**, en cours de validité (recto et verso) ou de votre passeport	
➔ **L'attestation de droit à la sécurité sociale**	
➔ **Une photocopie de votre diplôme de baccalauréat ou de l'attestation d'équivalence ou titre de niveau 4** **Où** ➔ Pour les candidats non titulaires du baccalauréat ou d'une attestation d'équivalence, d'un diplôme ou titre de niveau 4 **: Une attestation de cotisation au régime français au titre d'une activité professionnelle d'une durée de 3 ans minimum à temps plein,**	
Pour les candidats étrangers : ➔ Une **copie du titre de séjour** en cours de validité ➔ Vos **diplômes étrangers traduits** ➔ Une **attestation de niveau de langue B2 Française** (pour les non-francophones)	
Dossier Financier	
➔ Une **attestation d'assurance responsabilité civile individuelle/personnelle**, valide pour l'année de formation, couvrant obligatoirement les 3 garanties suivantes : - Les **accidents corporels causés aux tiers** - Les **accidents matériels causés aux tiers** - Les **dommages immatériels.** Cette responsabilité civile est obligatoire, veuillez-vous rapprocher de votre assureur afin de vérifier vos garanties.	
Pour les candidats en formation continue : ➔ Votre **accord de prise en charge financière** de votre employeur ou par un organisme de financement	
Pour les candidats inscrits à France Travail : ➔ Votre **attestation d'inscription et de rémunération à France Travail**	
Pour les candidats en continuité d'études : ➔ **Votre certificat de scolarité 2025-2026 ou 2026-2027**	
Pour les titulaires du permis de conduire : ➔ Copie de votre **permis de conduire** ➔ Copie de votre **carte grise** ➔ Copie de votre **attestation d'assurance automobile** ➔ Un **RIB** à votre nom	
Dossier médical	
Pour suivre la formation, votre dossier médical doit être complet et constitué de : ➔ **Un certificat médical d'aptitudes émanant d'un médecin agréé** (*liste médecin agréé : **https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1)** attestant que " vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession". Il est important que ces éléments apparaissent sur le certificat dans ce sens pour que vous soyez admis(e) à l'Institut. (voir document joint)* ➔ **Une attestation médicale de vaccination** *(document joint) complétée et signée par un médecin (Vaccination « contre la diphtérique, le tétanos, la poliomyélitique, l' Hépatite B ainsi qu'un IDR de référence datant de moins de dans deux ans sont obligatoires ».*	

Version avril 2026

Sommaire

- Formulaire d'inscription P. 3
- Complément administratif P. 4
- Point stage P. 5
- Situation personnelle – financement P. 6
- Point d'information attestation d'assurance responsabilité civile P. 7
- Attestation sur l'honneur P. 8
- Autorisation publication du diplôme d'ARM P. 8
- Dossier médical P. 9

Version avril 2026

Imprimé d'inscription (à compléter obligatoirement)

1- Etat civil

NOM :		**PRENOM :**	
NOM USUEL (MARITAL) :		**AUTRES PRENOMS :**	
DATE DE NAISSANCE :		**DEPARTEMENT DE NAISSANCE :**	
PAYS DE NAISSANCE :		**VILLE DE NAISSANCE :**	
AGE :			

N° Sécurité Sociale : ……. Clé…….

Caisse d'affiliation : CPAM ☐ **Autre** ☐ **précisez : ……**
Domiciliation : ……

Elève en situation de handicap : oui **non**
Demande d'aménagements envisagée : ……
Organisme de rattachement : …… *(joindre justificatif)*

N°INE /BEA : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(se trouve sur vos bulletins scolaire du lycée ou relevé de note de vos résultats du BAC) BEA (10 caractères+1clé, par ex : 1234567890G)

2- Adresse

Adresse fixe		**Code postal**	
		Ville	

Adresse pendant la formation (si non connue à ce jour, indiquez la ville)		**Code postal**	
		Ville	

Adresse e-mail : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° Tél. portable : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Version avril 2026

3- Personne à joindre en cas d'urgence - Obligatoire

J'autorise Monsieur Dominique PERENNOU, Directeur par intérim de l'IFPS de Vannes, à prendre contact avec les personnes citées ci-dessous en cas d'urgences ou de situation exceptionnelle (absences prolongées non expliquées etc.)

NOM		**Tel portable**	
Prénom		**Tel fixe**	
Lien de parenté		**Tel travail**	

NOM		**Tel portable**	
Prénom		**Tel fixe**	
Lien de parenté		**Tel travail**	

4- Situation familiale

Nombre d'enfants (*)

Nombre	Age

(*) Information nécessaire dans le cadre des demandes d'autorisation d'absence au motif : absence pour enfant malade

5- Formations / études

Dernière classe suivie ou emploi occupé	Année	Nom de l'établissement	Ville et département	Diplôme obtenu

Financement

6- Point stage

Vous serez amené(e) à vous rendre en stage sur le territoire national, les horaires de stages ont une amplitude très variable et ne sont pas toujours compatibles avec l'utilisation des transports en commun.

L'obtention du permis de conduire est fortement conseillée.

Les terrains de stage sont attribués par l'IFPS, le nombre de places de stage étant limité, il ne sera pas possible de refuser un stage pour motif que celui-ci est trop éloigné ou que vous n'êtes pas véhiculé(e).

Compte tenu de ces éléments, l'élève doit faire preuve d'autonomie pour les déplacements lors des stages.

Avez-vous le permis de conduire ? :

☐ **Oui**
☐ **Non**

Disposez-vous d'une voiture ? :

☐ **Oui**
☐ **Non**

Si oui, pièces à joindre :

	Photocopie du permis de conduire
	Photocopie de la carte grise du véhicule (à votre nom) – Si le véhicule n'est pas à votre nom, il n'est pas nécessaire de nous fournir la photocopie de la carte grise)
	Attestation d'assurance de votre véhicule
	RIB à votre nom

7- Situation personnelle - Financement

A lire attentivement :

Ne pas confondre le financement de la formation et la rémunération

- **Financement de la formation** : Frais de formation pris en charge par le Ministère chargé de la santé, sous conditions (*), Transitions Pro, CPF, OPCO…
- **Rémunération** : Votre maintien de salaire pris en charge par un employeur ou organisme (France Travail, ANFH, Transition Pro…) ou encore par vos fonds propres.

Indiquez quel est/sera votre statut à l'entrée en formation (cochez la case correspondant à votre statut) :

	DEMANDEUR D'EMPLOI
	SALARIE DU PRIVE
	PROMOTION PROFESSIONNELLE
	AUTRES, PRECISEZ : ……

Merci de renseigner les informations complémentaires selon votre situation

☐ Si vous êtes demandeur(euse) d'emploi	N° identifiant : …… Région d'inscription : …… Etes-vous indemnisé(e) ? ☐ OUI ☐ NON	Pièces à joindre : Attestation d'inscription à France travail (précisant le numéro d'identification France Travail et l'adresse de l'antenne France Travail de rattachement) Si vous percevez une indemnisation, joindre l'attestation d'indemnisation
☐ Si vous êtes salarié(e) du privé	Nom de l'entreprise : …… Financeur (employeur, Transition pro…) : …… Type de contrat (CDI, CDD…) :	Pièce à joindre : Contrat financeur
☐ Si vous êtes agent de la fonction publique hospitalière en promotion professionnelle	Nom de l'établissement de rattachement : ……	Pièces à joindre : Attestation de prise en charge employeur

ATTENTION ! Si vous vous inscrivez ultérieurement à France Travail, merci d'en informer l'Institut et de transmettre les informations ci-dessus

8- Mode de financement de la formation

Veuillez renseigner le mode de financement utilisé pour la prise en charge du coût pédagogique de la formation (8 350 €) :

☐ Prise en charge par l'employeur

☐ Prise en charge par un OPCO (ex : Transition Pro)

☐ Prise en charge par le Ministère (candidats en continuité d'études ou demandeurs d'emploi)

☐ Autre
→ Veuillez préciser :
……
……..

Commentaires éventuels sur le financement :

……
……
……
……

9- Point d'information Assurance responsabilité civile

Le Ministère de la Santé et des Sports, précise dans l'instruction n°DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010, les mesures à appliquer concernant les assurances.

Ci-après les termes de cette note :

« *Les frais d'assurance de responsabilité civile sont à la charge des élèves. Il appartient à ceux-ci de souscrire un avenant limité dans le temps auprès de sa compagnie d'assurance qui gère leur contrat « multirisques habitation – responsabilité civile » ou celui de leurs parents.*

Le choix du montant des garanties assurées relève dorénavant de la seule responsabilité des élèves. Les élèves doivent être garantis pour l'ensemble des risques suivants couvrant la responsabilité civile, tant lors du stage que des trajets occasionnés par celui-ci :

- ***Accidents corporels causés aux tiers,***
- ***Accidents matériels causés aux tiers,***
- ***Dommages matériels***. »

Textes de référence :
Circulaire DGS/PS 3 n° 2000-371 du 5 juillet 2000,
Instruction n° DGOS/RH1/2010/243 du 5 juillet 2010.

10 - Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) ……..

Atteste sur l'honneur :

- ☐ Que les informations fournies dans mon dossier d'inscription sont exactes et complètes, et je m'engage à transmettre toutes les pièces dans les délais impartis.

- ☐ Que je mettrai à jour mes informations administratives auprès du secrétariat (adresse, téléphone, personne à prévenir en cas d'urgence…) au cours de l'année de formation.

- ☐ Que je respecterai les conditions d'admission à la formation, notamment :
  - Fournir, au plus tard le jour de la rentrée, un certificat médical attestant l'absence de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession.
  - Fournir, au plus tard le jour de la rentrée, l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires.

Le …….. à ……..

Signature

11- Autorisation publication des résultats du diplôme d'ARM

Je soussigné(e) ……..

Autorise l'Institut des Professionnels de Santé de Vannes (certificateur) à publier mes noms et prénoms sur internet dans le cadre de la diffusion des résultats du diplôme d'Assistant de Régulation Médicale *:

Le …….. à ……..

Signature

***en cas de refus, merci d'adresser un courrier ou mail à l'adresse suivante :**

IFPS
Campus de Tohannic
11 rue André Lwoff
56000 VANNES
cfarm@ifps-vannes.fr

Version avril 2026

11- Dossier médical

Nous souhaitons attirer votre attention sur plusieurs points concernant les deux documents obligatoires de votre dossier médical :

- **Le certificat d'aptitude**

doit être rempli par **un médecin agréé** dont vous trouverez la liste en suivant le lien mentionné ci-après.
https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1
N'attendez pas le dernier moment pour prendre rendez-vous.

- **Le certificat de vaccination**

est un document qu'il convient de faire remplir avec soin car **toute erreur peut potentiellement conduire un terrain de stage à refuser de vous accueillir**.

En particulier, concernant l'immunisation contre le virus de l'Hépatite B :
Le taux d'anticorps anti HBs à atteindre pour être immunisé est de ***100 UI/l*** (c'est une valeur **supérieure** à celle d'une immunisation pour les personnes hors milieu médical).

Si ce taux n'est pas atteint, il faut prendre en compte le taux d'anticorps anti-HBc comme indiqué sur l'algorithme fourni ci-après. Il est donc important d'effectuer une sérologie faisant état de ces deux taux afin de s'assurer de son immunité**. Nous vous demandons de bien vouloir montrer l'algorithme à votre médecin afin de respecter les recommandations de l'ARS (Agence Régionale de Santé).**

Les terrains de stage sont en droit de demander la « preuve » de votre immunité, nous vous invitons donc à conserver précieusement vos résultats d'analyse de prise de sang et à présenter à l'IFPS le jour de la pré-rentrée.

Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter par un médecin agréé* par l'Agence Régionale de Santé

Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné Dr ……..

certifie que Mme / M. …….....

né(e) le ……..

☐ ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Assistant de régulation médicale.

Fait à ……., le ……..

Tampon : Signature :

*liste disponible par département :
https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1

Version avril 2026

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique et dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19

Agence Régionale de Santé Bretagne

Je, soussigné(e) Docteur ……..

Certifie que : Nom de naissance …… Nom d'usage …….....

Prénom : …… Né(e) le…..../……. /……

En formation de : **……**

Est immunisé(e) :

- **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE** :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

- **Contre l'HEPATITE B,** selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme : (*rayer les mentions inutiles*)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	**oui**	**non**
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses)	**oui**	**non**
- Nécessitant un avis spécialisé	**oui**	**non**

- **Par le BCG*** ☐ **OUI** ☐ **NON**

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

Un arrêté du 27 février 2019* ***a suspendu* *l'obligation de vaccination par le BCG.*

IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (*en mm*)

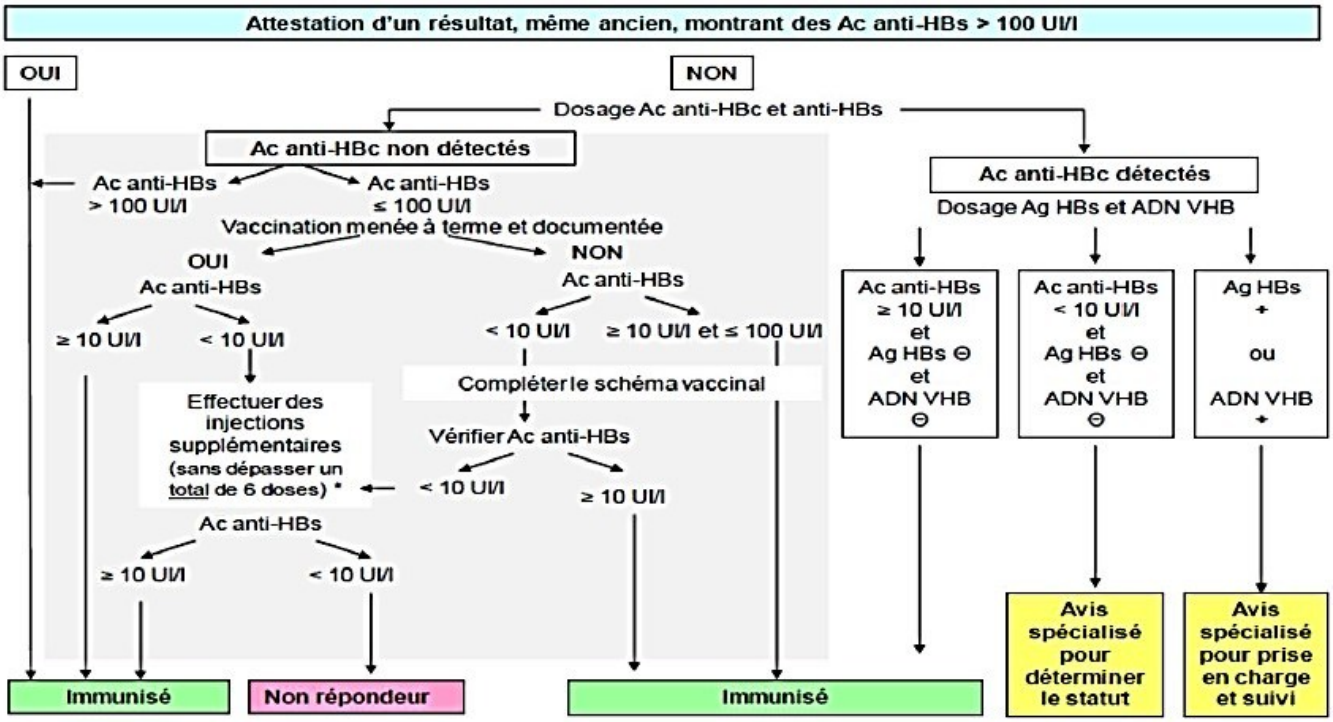
L'IDR de référence est* ***obligatoire (moins de 2 ans)* *: Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.*

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

Version avril 2026

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées àl'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur