

Démarche : TS - Mise à jour de l'Attestation de Formation aux Gestes de Soins Urgents (AFGSU) et/ou de l'attestation d'aptitude médicale à la conduite TARS

Organisme : ARS ARA - le service transports sanitaires

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Ce formulaire vous permet de déclarer les mises à jour de l'AFGSU (Attestation de formations aux gestes et soins d'urgences) et de l'aptitude médicale à la conduite - TARS (Taxi, Ambulance, Ramassage Scolaire), de vos personnels déjà enregistrés.

Pour rappel, la durée de validité de l'AFGSU (Attestation de formations aux gestes et soins d'urgences) est de 4 ans et la durée de validité de l'aptitude médicale à la conduite - TARS (Taxi, Ambulance) est de 5 ans.

DECLARANT

Numéro de département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 03

☐ 07

☐ 15

☐ 26

☐ 38

☐ 42

☐ 43

☐ 63

☐ 69

☐ 73

☐ 74

Raison sociale

Numéro d'agrément

Saisir le numéro d'agrément sans caractères spéciaux (/ -)

ATTENTION : Indiquer le numéro d'agrément du siège social du département

Nom du représentant légal

IDENTIFICATION DU SALARIE

Nom du salarié

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Qualification

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 1- Ambulancier : DEA/DA/CCA

☐ 2- Pompiers

☐ 3- Auxiliaire ambulancier

☐ 3- Professions réglementées Auxiliaires médicaux

☐ 3- PSC1 ou carte d'Auxiliaire sanitaire

☐ 4- Conducteur d'ambulance

Quel document souhaitez vous mettre à jour ?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ AFGSU

☐ TARS

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre l'attestation de recyclage de l'AFGSU 2

Date de fin de validité de l'AFGSU 2

TS - Mise à jour de l'Attestation de Formation aux Gestes de Soins Urgents (AFGSU) et/ou de l'att

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre l'habilitation à la conduite d'ambulance (TARS).

Date de fin de validité TARS

ENGAGEMENT

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de toutes les informations communiquées.

Les informations fournies sur ce document engagent l'entière responsabilité du représentant légal et doivent correspondre à la réalité exacte de l'entreprise de transports sanitaires concernée.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Signature du représentant légal (nom et prénom)