

DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT DE TRANSPORT SANITAIRE TERRESTRE

Dénomination de l'entreprise :

.....

FICHE N° 1 (*)

(*) Cf. liste des pièces constitutives du dossier de demande d'agrément

LETTRE DE DEMANDE D'AGRÉMENT

Agrément défini par l'article R.6312-1 du Code de la santé publique

➤ Je soussigné(e) :

.....
(Nom prénom de la personne qui demande l'agrément)

domicilié(e) :

.....
(Adresse complète)

.....
(Téléphone fixe)

.....
(Téléphone mobile)

.....
(Fax)

➤ Je soussigné(e) :

.....
(Nom prénom de la personne qui demande l'agrément)

domicilié(e) :

.....
(Adresse complète)

.....
(Téléphone fixe)

.....
(Téléphone mobile)

.....
(Fax)

➤ Je soussigné(e) :

.....
(Nom prénom de la personne qui demande l'agrément)

domicilié(e) :

.....
(Adresse complète)

.....
(Téléphone fixe)

.....
(Téléphone mobile)

.....
(Fax)

demande(ons) la délivrance d'un agrément pour l'accomplissement de transports sanitaires terrestres effectués : (cocher une des cases)

dans le cadre de l'aide médicale urgente **et** de transports sur prescription médicale.

Fait à :

Le :/...../.....

Nom - prénom et signature du (des) demandeur(s)

FICHE N° 2 (*)

(*) Cf. liste des pièces constitutives du dossier de demande d'agrément

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Dénomination de l'entreprise : <i>(préciser SARL, EURL, ...)</i>	
Personne(s) responsable(s) demandant l'agrément (Associé unique ou les associés) : <i>☞ joindre bulletin n°3 du casier judiciaire national</i>	1°) 2°) 3°)
Désignation du (ou des) gérant(s)	1°) 2°) 3°)
Forme d'exploitation : <i>(cocher une des cases)</i>	<input type="checkbox"/> Société ou association <i>☞ dans ce cas joindre les statuts</i> <input type="checkbox"/> Artisan <i>☞ dans ce cas joindre l'extrait du répertoire des métiers</i>

Coordonnées des locaux affectés à l'activité

☞ joindre copie du bail de location ou du titre de propriété

☞ joindre déclaration sur l'honneur de conformité des locaux (cf. fiche n°3)

1) Locaux d'accueil :

Adresse complète :	
Téléphone :	
Fax :	

2) Garage (si locaux différents des locaux d'accueil) *☞ dans ce cas joindre contrat de téléphonie*

Adresse complète :	
Téléphone :	

FICHE N° 3 (*)

(*) Cf. liste des pièces constitutives du dossier de demande d'agrément

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITÉ DES LOCAUX

- *Je soussigné(e) :*
(Nom prénom de la personne qui demande l'agrément)
- *Je soussigné(e) :*
(Nom prénom de la personne qui demande l'agrément)
- *Je soussigné(e) :*
(Nom prénom de la personne qui demande l'agrément)

En vue de la création de l'entreprise de transports sanitaires :

Dénomination de l'entreprise :

Adresse du local d'accueil des patients :

.....

Adresse du garage :

.....

atteste(ons) sur l'honneur que les installations matérielles (local destiné à l'accueil des patients et de leur famille et un ou plusieurs garages) de cette entreprise sont conforme aux normes déterminées en application de l'arrêté du 12 décembre 2017⁽¹⁾ et de l'arrêté du 31 mai 1994⁽²⁾.

Fait à : *Le :*/...../.....

Nom - prénom et signature du (des) demandeur(s)

(1) Arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres (Annexe 4) :
CONDITIONS EXIGÉES DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES

Les installations matérielles prévues au 3° de l'article R. 6312-13 du code de la santé publique comprennent :

1. Un local sur le territoire de l'agrément destiné à l'accueil des patients ou de leur famille. Ce local peut être commun à plusieurs entreprises de transports sanitaires agréées. Il est signalé extérieurement par une plaque ou une enseigne. Un affichage, lisible de l'extérieur, précise les jours et heures d'accueil au sein de ce local, ou toutes dispositions alternatives aux heures et jours d'ouverture.

2. Un ou des locaux, en propre ou mis à sa disposition par contrat, permettant d'assurer la désinfection et l'entretien courant des véhicules, ainsi que la maintenance du matériel. Ces locaux sont situés dans la commune, groupement de communes ou l'agglomération de chaque implantation. Les entreprises ainsi organisées seront dotées de moyens de communication permettant, au besoin, le départ sans retard des véhicules s'y trouvant. Le lavage de la carrosserie peut s'effectuer en dehors de ces locaux par des moyens mis à la disposition du public.

3. Une ou des aires situées dans la commune ou l'agglomération de chaque implantation, suffisamment vastes pour permettre le stationnement des véhicules inscrits au dossier d'agrément pour l'implantation considérée. Ce stationnement doit comporter un garage couvert pour accueillir au moins une ambulance visée à l'annexe 1. Ces aires de stationnement peuvent faire partie des locaux mentionnés en 2 de la présente annexe.

(2) Arrêté du 31 mai 1994 fixant les dispositions techniques destinées à rendre accessible aux personnes handicapées les établissements recevant du public et les installations ouvertes au public lors de leur construction, leur création ou leur modification, pris en application de l'article R. 111-19-1 du code de la construction et de l'habitation.

FICHE N° 4 (*)

(*) Cf. liste des pièces constitutives du dossier de demande d'agrément

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES VEHICULES

En vue de la création de l'entreprise de transport sanitaire :

.....
(Dénomination de l'entreprise)

Les véhicules qui constitueront le parc de la nouvelle entreprise :

Catégorie du véhicule (Précisez A, C ou D)	Immatriculation	Ambulance cédant l'autorisation (dénomination + adresse)

Pour chaque véhicule, joindre :

- ☞ Photocopie recto verso des cartes grises*
- ☞ Photocopie du contrôle technique*
- ☞ Photocopie du bail de location pour les véhicules en location*

FICHE N° 5 (*)

(*) Cf. liste des pièces constitutives du dossier de demande d'agrément

ATTESTATION DE PROMESSE DE CESSION

Je soussigné(e) :

Je soussigné(e) :

Je soussigné(e) :

(Nom prénom de la (ou des) personne(s) qui cède(nt) l'autorisation de mise en circulation : les associés)

Agissant au nom de l'ambulance :

Atteste(ons) sur l'honneur vouloir céder, en cas d'avis favorable, les autorisations de mise en service correspondant aux véhicules suivants :

<i>Catégorie du véhicule (précisez A, C ou D)</i>	<i>Immatriculation</i>

(N.B. : en cas d'avis favorable, ces autorisations de mise en circulation seront retirées du parc de l'entreprise)

à Mme - M.
pour la création de son entreprise.

Fait à : _____ *Le :* ____ / ____ / ____

Nom prénom et signature de tous les associés de l'entreprise cédant l'autorisation de mise en circulation
--

ATTESTATION DE L'ACQUÉREUR

Je soussigné(e) :

Je soussigné(e) :

Je soussigné(e) :

Atteste(ons) vouloir acquérir les autorisations de mise en service des véhicules cités ci-dessus en cas d'avis favorable à ma (notre) demande d'agrément de transport sanitaire terrestre.

Fait à : _____ *Le :* ____ / ____ / ____

Nom prénom et signature

FICHE N° 6 (*)

(*) Cf. liste des pièces constitutives du dossier de demande d'agrément

INFORMATIONS CONCERNANT L'EQUIPAGE

En vue de la création de l'entreprise de transport sanitaire :

.....
(Dénomination de l'entreprise)

Le personnel appelé à constituer l'équipage des véhicules :

NOM - Prénom	Permis de conduire	Diplôme	Carte jaune
	N° PC : Date obtention :	Diplôme : Date obtention	Date délivrance : Date expiration :
	N° PC : Date obtention :	Diplôme : Date obtention :	Date délivrance : Date expiration :
	N° PC : Date obtention :	Diplôme : Date obtention :	Date délivrance : Date expiration :
	N° PC : Date obtention :	Diplôme : Date obtention :	Date délivrance : Date expiration :

Pour chaque personnel, joindre :

- ☞ Photocopie recto verso du permis de conduire, en état de validité de plus de 3 ans (ou 2 ans en cas de conduite accompagnée)
- ☞ Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude physique à la conduite des ambulances (carte jaune) en cours de validité
- ☞ Photocopie des diplômes (DEA + AFGSU 2 ou CCA / Attestation de formation d'auxiliaire ambulancier + AFGSU 2)
- ☞ Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. Délivré par un médecin, ce certificat doit mentionner les vaccins obligatoires suivants : BCG, diphtérie, tétanos, poliomyélite et hépatite B.
- ☞ Certificat médical de non contre indications à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...).

DEMANDE D'AGREMENT DE TRANSPORT SANITAIRE

L'agrément nécessaire au transport sanitaire est délivré par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du sous-comité des transports sanitaires (article R. 6312-1 du Code de la santé publique).

Liste des pièces constitutives du dossier :

Concernant le ou les demandeur(s) :

- ☞ Lettre de demande d'agrément (*fiche n°1*)
- ☞ Bulletin n°3 du casier judiciaire national datant de moins de 3 mois

Concernant les locaux :

- ☞ Renseignements concernant l'entreprise (*fiche n°2*)
- ☞ pour une association ou une société : ses statuts
- ☞ Photocopie du bail de location ou du titre de propriété
- ☞ Déclaration sur l'honneur de conformité des locaux (*fiche n°3*)
- ☞ Photocopie du contrat de téléphonie si le garage n'est pas contigu au local d'accueil

Concernant les véhicules :

- ☞ Renseignements concernant les véhicules (*fiche n°4*)
- ☞ Attestation de promesse de cession du vendeur / attestation de l'acquéreur (*fiche n°5*)
- ☞ Photocopie recto verso des cartes grises
- ☞ Photocopie du contrôle technique de chaque véhicule
- ☞ Photocopie du bail de location pour les véhicules en location

Concernant les équipages :

- ☞ Renseignements concernant l'équipage (*fiche n° 6*)
- ☞ Photocopie recto verso du permis de conduire, en état de validité de plus de 3 ans (ou 2 ans en cas de conduite accompagnée)
- ☞ Photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude physique à la conduite des ambulances (carte jaune) en cours de validité
- ☞ Photocopie des diplômes (DEA ou CCA + AFGSU 2 / Attestation de formation d'auxiliaire ambulancier)
- ☞ Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. Délivré par un médecin, ce certificat doit mentionner les vaccins obligatoires suivants : BCG, diphtérie, tétanos, poliomyélite et hépatite B.

DEPÔT DES DOSSIERS

- ▶ Agence Régionale de Santé de Mayotte
Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
Centre Kinga – 90, route nationale 1 – Kawéni – boîte postale 410
97600 MAMOUDZOU
- ▶ OU par voie postale en **recommandé avec accusé de réception.**

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à :
ars-mayotte-professions-sante@ars.sante.fr