



**SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE SAISONNIER
Saison Estivale 2013**

SPV DU MORBIHAN

IDENTITE

Mme/M. NOM : _____ Prénom : _____

Adresse actuelle : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : ____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____

E-mail : _____

Né(e) le : _____ A _____ Dpt _____

N° de Sécurité sociale : _____

Situation familiale :

célibataire divorcé(e)/séparé(e) marié(e) concubinage/pacs veuf(ve)

Situation professionnelle :

étudiant activité salariée demandeur d'emploi autre _____

SITUATION SPV – SDIS DU MORBIHAN

Centre de secours de : _____

Sapeur-pompier volontaire depuis le : _____

Grade : _____ depuis le : _____

DISPONIBILITE

Du _____ au _____

FORMATIONS

(pour les sapeurs, joindre photocopie du diplôme de FIA)

U.V.	Date obtention	Date Recyclage (si existante)
F.I.A. SPV		
CFAPSE ou PSE1 et PSE2		
SAP 2		
SECOURS ROUTIERS		
LSPCC		
FDF 1		
FDF 2		
SAV 1		
SAV 2		
SAV 3		

Autres : _____ Date : _____

Autres : _____ Date : _____

Autres : _____ Date : _____

PERMIS

Permis VL depuis le : _____

Permis ambulance : oui non

Date obtention : _____ valide jusqu'au : _____

Permis poids-lourds : oui non

Date obtention : _____ valide jusqu'au : _____

COD1 COD2 COD3 COD4 autres : _____

Permis mer n°: _____ date obtention : _____

AUTORISATION D'ENGAGEMENT

Je soussigné (grade, nom, prénom) _____,
Chef du centre de secours de _____,
atteste que le (grade, nom, prénom) _____
est sapeur-pompier volontaire actif depuis le _____

J'autorise ce sapeur-pompier à contracter un engagement saisonnier au sein du corps Départemental des sapeurs-pompiers du Morbihan et je certifie qu'il est à jour de ses formations et recyclages.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature **du Chef de Centre**

APTITUDE MEDICALE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, _____, médecin de sapeurs-pompiers, certifie avoir examiné ce jour M./Mme _____
_____, et avoir constaté qu'il/qu'elle ne présente aucune contre-indication apparente à la fonction de sapeur-pompier volontaire saisonnier. De plus, cette personne, sapeur-pompier dans le département est **APTE OPERATIONNELLE TOUTES MISSIONS.**

Fait à _____, le _____

Cachet et signature

(ou copie du certificat médical d'aptitude délivré lors de la visite de maintien en activité)

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

Cadre
réservé
au SDIS

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lettre de motivation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Photocopie diplôme FIA (pour les sapeurs) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Photocopie permis (VL – Ambulance – mer) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Copie de votre attestation de sécurité sociale justifiant des dates de validité de vos droits (<u>Attention</u> : il ne s'agit pas de la carte vitale mais de l'attestation jointe à votre carte vitale) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autorisation du Chef de Centre (ci-jointe) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Certificat médical | <input type="checkbox"/> |

ATTENTION !!

Vous devez être au minimum titulaire dans le grade de sapeur (FIA complète)

Vous devez être titulaire du CFAPSE ou du PSE1 et PSE2

Vous devez être à jour de toutes vos FMA

Le présent dossier doit être rempli avec soin et retourné complet

Les dates de disponibilité indiquées en page 1, sont indispensables

Dossier à transmettre à :

Monsieur le Président du Conseil d'Administration
SDIS du Morbihan
Bureau du volontariat
40, rue Jean Jaurès
PIBS – Case postale 62
56038 VANNES CEDEX

Contact : 02 97 54 56 49 ou cchassagne@sdis56.fr

Dossier à renvoyer avant le **31 mars 2013**.