

DOSSIER DE CANDIDATURE

L'inscription au stage implique l'acceptation du règlement départemental de formation et du règlement intérieur du Centre de Formation ainsi que le respect des dates et horaires de stage définis par le Centre de Formation.

1		STAGE	
INTITULE		Référence	
Lieu			
Date de début		Date de fin	

2		CANDIDAT	
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville		Code postal	
Téléphone fixe		Téléphone mobile	
Adresse électronique			
Date de naissance		N° de sécurité sociale	
Situation de famille célibataire <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> marié - pacsé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> ____ enfant(s)			

Permis de conduire	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	EB <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	EC <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	ED <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>
--------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Statut	SPP <input type="checkbox"/>	SPV <input type="checkbox"/>	PATS <input type="checkbox"/>	JSP <input type="checkbox"/>
--------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

CENTRE, SERVICE OU GROUPEMENT d'affectation
Section de Jeunes Sapeurs-Pompiers

Date de recrutement	Grade
---------------------	-------

Situation professionnelle	Collégien - Lycéen - Etudiant <input type="checkbox"/>	Employé - Ouvrier <input type="checkbox"/>	Agriculteur <input type="checkbox"/>
	Artisan - profession libérale <input type="checkbox"/>	Fonctionnaire <input type="checkbox"/>	Sans emploi <input type="checkbox"/>

Hébergement*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	 <i>Le choix sera réputé définitif dès l'acceptation de la candidature.</i>
--------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**L'offre d'hébergement est conditionnée par un nombre minimum de demandes.*

3

EMPLOYEUR

Dénomination sociale	
Adresse	
Ville	Code postal
Téléphone fixe	Téléphone mobile
Adresse électronique	
Nom du responsable	
<p>En ma qualité d'employeur, j'autorise l'absence de la personne précitée pour qu'elle puisse participer à la formation demandée dans les conditions identifiées ci-dessous.</p>	
<p>CACHET ET SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR →</p>	

Employeur conventionné	Employeur non conventionné
<input type="checkbox"/> avec subrogation <input type="checkbox"/> sans subrogation <input type="checkbox"/> formation professionnelle continue <i>(plan de formation, DIF → OPCA)</i> <input type="checkbox"/> autorisation exceptionnelle d'absence	<input type="checkbox"/> autorisation d'absence sur temps de travail (récup. heures) <input type="checkbox"/> autorisation exceptionnelle d'absence sans perte de salaire <input type="checkbox"/> congés sans solde (perte de salaire) <input type="checkbox"/> RTT / congés annuels

4

AUTORISATIONS POUR LES STAGIAIRES MINEURS

à renseigner **en totalité** par le ou la titulaire de l'autorité parentale

Je soussigné, Madame, Monsieur (1)....., titulaire de l'autorité parentale, j'autorise mon fils, ma fille (1), à participer au stage pour lequel ce dossier d'inscription est renseigné.

En cas d'accident ou de maladie pendant la durée du stage, j'autorise le Service Départemental d'Incendie et de Secours de Loir-et-Cher à :

- faire pratiquer les examens et les actes de soins que nécessite son état de santé,
- faire hospitaliser mon enfant après avis médical,
- prendre en charge mon enfant à sa sortie du cabinet médical ou du centre hospitalier dans lequel il a été transporté pour soin ou examen. Cette prise en charge sera assurée par un sapeur-pompier désigné par le responsable du Centre de Formation.

Je vous informe que mon enfant :

à le groupe sanguin suivant :

présente la ou les allergies suivante(s) :

doit prendre les médicaments suivants :

Son transport aller (*domicile / lieu de formation*) sera assuré par :

Son transport retour (*lieu de formation / domicile*) sera assuré par :

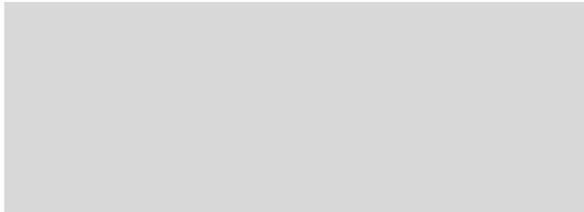
Pendant la durée du stage et uniquement pendant les pauses et en dehors des horaires de cours, j'autorise mon enfant à fumer :

OUI NON

Pendant les heures de formation (08h00 – 18 h00), l'utilisation des téléphones portables est interdit. En cas d'urgence, je pourrais joindre mon enfant en appelant le standard du Centre de Formation (02.54.33.54.07).

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL ⇒

(1) rayer la mention inutile



5		PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT	
par ordre de priorité			
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville			Code postal
Téléphone fixe		Téléphone mobile	
Lien parent <input type="checkbox"/> frère / sœur <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> ami(e) <input type="checkbox"/>			
Nom		Prénom	
Adresse			
Ville			Code postal
Téléphone fixe		Téléphone mobile	
Lien parent <input type="checkbox"/> frère / sœur <input type="checkbox"/> conjoint(e) <input type="checkbox"/> ami(e) <input type="checkbox"/>			

Fait à : _____ le _____

SIGNATURE DU CANDIDAT ⇒

1. AVIS MOTIVE DU CHEF DE CENTRE / SERVICE	2. AVIS DU CHEF DE GROUPEMENT
ORDRE DE PRIORITE	ORDRE DE PRIORITE
DATE ET SIGNATURE	DATE ET SIGNATURE