



**CANDIDATURE À UN ENGAGEMENT SAISONNIER
DE SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE EN RENFORT POUR
LE CENTRE DE VACCINATION DE GRANDE CAPACITÉ DU BAS-RHIN**

Candidats NON sapeurs-pompiers volontaires

NOM d'usage : NOM de naissance :

Prénom: Date de naissance : à :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune : ☎ : ____/____/____/____/____

✉ : @

Personne à prévenir en cas d'accident : ☎ : ____/____/____/____/____

Disponibilités :

Périodes*

- 1) du 1^{er} janvier au 31 janvier 2022
- 2) du 1^{er} février au 28 février 2022
- 3) du 1^{er} mars au 31 mars 2022

* cocher la/les période(s) de disponibilité



Pièces à fournir :

- RIB au nom du candidat
- Copie de la carte nationale d'identité, du passeport ou pour les ressortissants hors Union Européenne, du titre de séjour en cours de validité,
- Attestation de sécurité sociale ou copie de la carte vitale,
- Attestation sur l'honneur dûment complétée et signée joint au présent document,
- Questionnaire médical joint, dûment complété,
- Copie du carnet de vaccination,
- Copie du pass sanitaire,
- Curriculum Vitae.



SAPEURS-POMPIERS
du BAS-RHIN

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Monsieur/Madame*

Né(e) le à :,

demeurant à.....,

Atteste sur l'honneur jouir de mes droits civiques et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation incompatible avec l'exercice de la fonction de sapeur-pompier volontaire.

Je m'engage à exercer mon activité de sapeur-pompier volontaire avec obéissance, discrétion et responsabilité dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, conformément à la charte nationale du sapeur-pompier volontaire (jointe en annexe du dossier de candidature), et à concurrence de 156 heures mensuelles.

** rayer la mention inutile*

Fait à

le ___/___/20___

Signature



EXAMEN MEDICAL DE RECRUTEMENT

SECRET MEDICAL

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude aux fonctions de sapeur-pompier ?

OUI NON

SI OUI: Date:/...../..... Lieu:

Nom du médecin:

Vous avez été déclaré: APTE INAPTE

Je m'engage à ne rien cacher de mes antécédents et à fournir des réponses complètes et exactes. Je suis averti que toute déclaration fautive ou insuffisante priverait d'effet la décision d'aptitude et m'exposerait à des poursuites. J'autorise la communication de mon dossier médical au médecin-chef et au médecin que je désignerai.

Nom: (– SANS AFFECTATION –)

Date et signature du candidat:

ANTECEDENTS PERSONNELS :

	OUI	NON		OUI	NON
Troubles cardiaques			Trouble du sommeil		
Hypertension ou hypotension artérielle			Tumeur ou maladie cancéreuse		
Taux de cholestérol élevé			Avez-vous eu une maladie importante dans le passé ?		
asthme? traitement au long cours ?			Avez-vous déjà été hospitalisé ? opéré ?		
Maladie respiratoire, bronchites fréquentes ?			Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ? un traumatisme crânien ?		
Diabète			Présentez-vous des troubles actuellement ? quoi ?		
Troubles digestifs, hépatiques, gastriques, hernies			Prenez-vous actuellement des médicaments ? à préciser		
Oeil : choc, maladies, troubles visuels, opération par laser ?			Fumez-vous ou avez-vous fumé ?		
Troubles rénaux, coliques néphrétiques			Consommez-vous des boissons alcoolisées ? nombre de verres/semaine:		
Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes, des lentilles ?			Avez-vous déjà présenté des difficultés psychologiques ?		
Rhumatismes, problèmes vertébraux			Avez-vous déjà présenté des troubles de l'alimentation ?		
Allergie, en particulier guêpes ou abeilles ? médicaments			Avez-vous été traité pour un problème psychique ?		
Maux de tête fréquents			Pour les candidates : Antécédents gynéco-obstétricaux ?		
Vertiges, pertes de connaissance			Fumez-vous ou avez-vous fumé du cannabis, autres usages de drogues ?		
avez-vous des antécédents d'épilepsie, convulsions?			Pour les candidates : Grossesse ?		

ANTECEDENTS FAMILIAUX : Avez-vous connaissance de l'existence ou de la survenue de maladies dans votre famille ?

(grands-parents, parents, frères et soeurs.)

	OUI	NON	Ne sait pas		OUI	NON	Ne sait pas
Maladie cardiaque, infarctus du myocarde				Maladie des reins, calculs			
Mort Subite				Allergie, asthme, eczéma			
Diabète				Epilepsie, convulsions			
Taux de cholestérol élevé				Dépression ou autres troubles psychiques			
Hypertension artérielle				Maladie oculaire			
Cancer				Maladie de l'appareil digestif			

Annotation du médecin :