



DATE :

FORMULAIRE D'APPLICATION POUR POMPIER VOLONTAIRE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PRÉNOM/NOM;

NAS;

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADRESSE;

DATE DE NAISSANCE;

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ÉTAT CIVIL;

DISPONIBILITÉ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TÉLÉPHONE MAISON

TÉLÉPHONE CELLULAIRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

AUTRE NUMÉRO

PERSONNE À JOINDRE/SITUATION D'URGENCE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

LIEU DE TRAVAIL

MÉTIER

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NIVEAU D'INSTRUCTION

AUTRE FORMATION

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

POURQUOI DÉSIREZ-VOUS DEVENIR POMPIER VOLONTAIRE

DÉCLARATION;

Je soussigné, par la présente, sollicite l'adhésion volontaire du Service d'incendie de Lejeune, dans la zone de couverture indiquée ci-dessus.

Je comprends que l'équipement, les uniformes, les vêtements de protection, le matériel de formation ou tout autre article qui peuvent être fournis à mon usage sont la propriété du Service d'incendie de la municipalité de Lejeune et doivent être retournés dans les 48 heures suivant mon départ du Service d'incendie.

Je comprends que la participation aux activités du Service d'incendie peut me faire connaître des renseignements sur les citoyens de la zone de protection et/ou sur les membres du Service et que tout renseignement de nature personnelle ou confidentielle ne peut être divulgué sous aucun prétexte.

Je certifie que les informations que j'ai fournies dans cette demande sont exactes.

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NOM ET TIRE REPRÉSENTENT AUTORISÉ

SIGNATURE REPRÉSENTENT AUTORISÉ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NUMÉRO DE LA RÉOLUTION