



Candidature à l'engagement d'un

SERVICE CIVIQUE

Nom :

Prénom :

Votre candidature devra être adressée au :
Directeur départemental des services d'incendie et de secours
Groupeement des Services des Ressources Humaines
4 rue Romain Rolland
90000 BELFORT

Conditions pour l'engagement d'un service civique

- **Avoir 18 ans à 25 ans révolus**
- **Jouir de ses droits civiques (article 42 du code pénal)**
 - Droit de vote
 - Eligibilité

- **Aptitude médicale**

L'aptitude médicale aux fonctions de sapeur-pompier sera validée par un médecin sapeur-pompier après visite de recrutement.

 - Etre à jour de ses vaccinations (antitétanique, antipoliomyélitique et contre l'hépatite B)

Certains antécédents sont susceptibles d'entraîner une inaptitude :

- Problèmes de colonne vertébrale
- Troubles de la vue et antécédents de chirurgie de la myopie
- Antécédents allergiques ou asthmatiques

Il est conseillé au candidat présentant ou ayant présenté de tels problèmes de prendre contact avec le médecin sapeur-pompier responsable du contrôle de l'aptitude physique avant de remplir son dossier de candidature.

- **Aptitude physique**

Le contrôle de l'aptitude physique fera l'objet d'épreuves physiques et fonctionnelles.

Constitution du dossier d'engagement

- 2 photographies
- 1 photocopie de la carte d'identité (*recto verso*)
- 1 photocopie du livret de famille
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal (*moins de 2 mois*)
- 1 photocopie de l'attestation d'assuré social ou de la carte d'assuré social
- 1 photocopie du permis de conduire (*recto verso*)
- 1 photocopie des diplômes de secourisme
- 1 photocopie des diplômes scolaires
- 1 questionnaire de santé à compléter et signer sous pli fermé (*confidentiel médical*)

Votre situation

- Demandeur (se) d'emploi Inactif (ve) Salarié (e) Etudiant (e)

Votre identité

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune : Code Postal :

N° Tél. :

Adresse e-mail :

Sexe : féminin masculin

Date de naissance : Age : Lieu : Dpt :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vit maritalement

Veuf / veuve Divorcé(e)

Niveau scolaire / diplômes :

Permis de conduire : B C

Sports

Quels sports pratiquez-vous ?

- Fréquence
- Fréquence
- Fréquence

Vos compétences *(Listez les diplômes dont vous êtes titulaire)*

-
-
-
-

Votre niveau d'étude :

Comment avez-vous connu le service civique

Internet

réseau sociaux

connaissance

Autre (précisez) :

Engagement

Je soussigné (e) Mme, M.

- déclare vouloir contracter un engagement de service civique au sein du service départemental d'incendie et de secours ;
- déclare sur l'honneur, jouir de mes droits civiques et n'avoir été condamné (e) à aucune peine afflictive et/ou infamante ;
- m'engage par ailleurs à exercer mon activité avec obéissance, discrétion et responsabilité dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Fait à, le
(signature de l'intéressé (e))



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Le questionnaire qui va suivre est à compléter, signer et renvoyer sous pli fermé (confidentiel médical) au médecin-chef du SDIS 90.

Joindre une copie du carnet de santé (pages des vaccinations en vérifiant que le nom de l'enfant est bien complété dans la partie supérieure).

Nom et prénom

Date de naissance

Téléphone

Adresse mail :

A qui s'adresse-t-il ?

Les informations seront transmises, sous pli fermé, au médecin-chef du SDIS et sont couvertes par le secret médical. Le service de santé du SDIS pourra dans certains cas vous contacter pour obtenir un complément d'information.

Ce questionnaire permettra au service de santé de vous informer de tout obstacle possible à un éventuel recrutement.

Le service de santé est aussi à votre disposition pour répondre à vos questions :

- par téléphone en prenant contact auprès du secrétariat au 03 84 58 78 53
- par mail : m.brentegani@sdis90.fr

Questions : cochez la case oui/non Avez-vous souffert de troubles ou de maladies dans les domaines suivants ?	Oui	Non	Précisions : à quel âge, nature de(s) traitement(s), prise en charge particulière (suivi médical, chirurgie, désensibilisation, cure,...)
Affections respiratoires : ASTHME, bronchites fréquentes, pneumonie			
Affections du cœur ou des vaisseaux : souffle cardiaque, palpitations, malformation ou insuffisance cardiaque, hyper ou hypotension artérielle, phlébite,...			
Affections du système nerveux : épilepsie, paralysies, accident vasculaire cérébral, autres,...			
Psychisme : crise d'angoisse, dépression, tentative de suicide, phobies,...			
Allergies : préciser à quel(s) produit ou matière ou insecte, ainsi que les manifestations : rhinite, asthme, eczéma, autre, ...			
Des organes abdominaux : foie, rate, intestins, autres, ...			
Du sang et du métabolisme : problème de coagulation, cholestérol ou triglycérides trop élevés, diabète,...			
Des os et des articulations : colonne vertébrale, os et articulation (entorses, fractures). Précisez s'il y a eu intervention chirurgicale ou immobilisation plâtrée.			
Au niveau des yeux (précisez si possible votre acuité visuelle sans correction)			
Portez vous des lunettes ou des lentilles ?			

Au niveau de l'audition : surdité, port d'un appareil auditif			
Malformations, tumeur ou cancer			
Avez-vous déjà été opéré ?			
Prenez vous régulièrement un traitement, et si oui lequel ?			
Fumez-vous ?			
Consommez-vous de l'alcool ?			
Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ? (nature, nombre d'heure/semaine)			
Avez-vous un autre trouble ou maladie à signaler non évoqué dans la liste ci-dessus ?			
Quel est votre poids ?			
Quelle est votre taille ?			
Je suis vacciné contre l'hépatite B (trois injections) ?			
Je suis vacciné contre la tuberculose (BCG) et j'ai eu un test tuberculinique (positif ou négatif ?)			