

## Réserve Communale de Sécurité Civile

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION BENEVOLE

RENSEIGNEMENT GENERAUX					
Nom				Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	Date de Naissance (JJ/MM/AAAA)		
Adresse					
Code postal			Ville		
Adresse courriel					
Téléphone Domicile			Portable		
Moyen de communication préféré : Choisissez un élément.					
<input type="checkbox"/> Portable		<input type="checkbox"/> Bureau		<input type="checkbox"/> Domicile	

SITUATION PROFESSIONNELLE					
Employeur				Poste occupé	
Retraité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres		
Etes-vous mobilisable sur votre temps de travail ?					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

COMPETENCES					
Possédez-vous un permis de conduire valide ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui le(s)quel(s)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
Si E, précisez	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D		
Êtes-vous sapeur-pompier volontaire et/ou membre d'une association de sécurité civile ?					
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui précisez (grade / fonction et caserne / antenne locale)			
Parlez-vous une langue étrangère ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui laquelle ? cases à cocher					
<b>Langues</b>		<b>Niveau</b>			
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Espagnole	<input type="checkbox"/> Latin	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	<input type="checkbox"/> maternelle	<input type="checkbox"/> connaissance de base
				<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue
				<input type="checkbox"/> maternelle	<input type="checkbox"/> connaissance de base
				<input type="checkbox"/> courant	<input type="checkbox"/> bilingue
Quelles compétences ou formation possédez-vous (comptabilité, BAFA, diplôme de secourisme, art oratoire...)?					



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		
Rencontrez-vous des difficultés de santé physique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui précisez		
Êtes-vous titulaire d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

CENTRES D'INTERET	
<input type="checkbox"/> Travail Administratif	
<input type="checkbox"/> Services aux sinistrés (nettoyage, évacuation de déchets...)	
<input type="checkbox"/> Restauration	
<input type="checkbox"/> Accueil / hébergement des sinistrés	
<input type="checkbox"/> Suivi des personnes vulnérables par appel téléphonique	
<input type="checkbox"/> Transmission de l'alerte	
<input type="checkbox"/> Aide pour établir un périmètre de sécurité	
<input type="checkbox"/> Autres : (précisez)	

---

**Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations ci-dessus.**

Robert, le

Signature