



SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DES HAUTES-PYRENNÉES



GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES

Service Volontariat

RECRUTEMENT

SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES SAISONNIERS POUR LA PÉRIODE HIVERNALE 2020/2021

MISSIONS

Assurer des périodes de garde en centre d'incendie et de secours pour renforcer les effectifs opérationnels.

- SECTEUR VALLÉE DES GAVES (LUZ SAINT-SAUVEUR/BARÈGES)
- SECTEUR VALLÉE D'AURE (SAINT LARY SOULAN – ARREAU – SARRANCOLIN – ARAGNOUET)
- LA MONGIE

Les candidats qui s'engageront sur la totalité de la saison seront traités en priorité.

A compter du 12 décembre 2020 au 18 avril 2021

PROFIL ATTENDU

- ⇒ Etre sapeur-pompier volontaire avec Formation Initiale complète validée, formation de Chef d'Agrès ou de Chef d'Equipe appréciée.
- ⇒ Etre majeur à la date de la saison
- ⇒ Permis C et UV COD 1 et COD 2 souhaités
- ⇒ Etre à jour de la visite médicale

RÉGIME DE GARDES ET ASTREINTES

Les agents recrutés sous le statut de sapeur-pompier volontaire effectueront des :

- **Gardes casernées de 12 heures** (7h00 à 19h00) à 75 % du taux d'indemnité horaire de base au grade de l'agent. Les **Astreintes en nuit** (19h00 à 7h00) à 7% du taux d'indemnité horaire de base au grade de l'agent. Les **Interventions** (hors temps de garde) à 100% avec majoration (dimanche et jours fériés) conformément au règlement intérieur du SDIS 65.

CONDITIONS D'HÉBERGEMENT ET PRISE EN CHARGE DES REPAS

L'Hébergement est assuré pendant toute la période de l'engagement (se munir de draps et de couverture).

Les repas ne sont pas pris en compte **sauf pour les SPV d'astreinte à la Mongie ou au PLA D'ADET (prise en compte du repas du soir et petit déjeuner)**

DOTATION HABILLEMENT

Les sapeurs-pompiers volontaires extérieurs au département des Hautes-Pyrénées bénéficient d'une dotation habillement.

Les dossiers de candidatures sont à adresser complet par mail avant le Jeudi 29 octobre 2020

Le personnel du service volontariat reste à votre entière disposition au 05.62.38.18.09 ou mail : secretariat.volontariat@sdis65.fr



**SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRÉNÉES**



GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES
Service Volontariat



Dossier suivi par :
Mme Ghislaine LAPLACE
Tel : 05.62.38.18.09.
Ghislaine.laplace@sdis65.fr

**DOSSIER DE CANDIDATURE A UN ENGAGEMENT
DE SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE
SAISON HIVER 2020-2021**

**Les candidats disponibles pour la saison complète
(du 12 décembre 2020 au 18 avril 2021) seront prioritaires.**

ETAT CIVIL :

NOM : **Prénom :** **GRADE :**

Date de Naissance : **Lieu :** **N° Dpt :** **Age**

Sexe (1) : **Féminin** **Masculin**

Adresse :

Code postal : **Lieu :**

Tél.Fixe : **Tél. Portable :** **E-mail :**

Situation familiale (1) : Célibataire Marié(e) Séparé(e) divorcé(e) Vie maritale veuf

Personne à contacter en cas de situation grave :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél : **Portable :**

Lien de Parenté : (ex : père, mère, époux, concubin, etc).....

Vous êtes actuellement SPV (engagement quinquennal)

Département : depuis le

(1) Rayer la mention inutile



**SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRÉNÉES**



GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES
Service Volontariat

Dossier suivi par :
Mme Ghislaine LAPLACE
Tel : 05.62.38.18.09.
Ghislaine.laplace@sdis65.fr

**ATTESTATION D'EMPLOI
DE L'AUTORITÉ TERRITORIALE**

Je soussigné (e),..... Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours (1) de :.....,

Autorise : Mme/M. Nom : Prénom.....

Né (e) le : A

Grade :, sapeur-pompier volontaire depuis le.....

A souscrire un engagement de sapeur-pompier volontaire saisonnier au profit du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Hautes-Pyrénées pour la période du **12/12/2020 au 18/04/2021**

ou (**Dates de disponibilité pour la saison :..... au.....**)

● Atteste que l'intéressé (e) remplit les conditions d'aptitude physique et médicale comme indiqué dans le Code de la Sécurité Intérieure (Art R723-6 et Art R723-7) relatif aux sapeurs-pompiers volontaires.

● Détient à ce jour, les qualifications et unités de valeur qui lui permettent d'assurer les activités suivantes : (**cocher les cases correspondantes aux activités que l'agent peut exercer**)

ACTIVITÉS	NIVEAU	NATURE	
OPÉRATIONNELLES	Équipier	Secours à personnes	
		Opérations Diverses	
		Incendie	
		Secours routiers	
	Chef d'agrès 1 équipe	Secours aux personnes	
		Opérations Diverses	
		Incendie	
	Secours routiers		
	Chef d'agrès tout engin	Toutes missions	
CONDUITE		Conducteur VL /VTU	
		Conducteur VSAV	
		Conducteur Hors Chemin (VL)	
		Conducteur Hors Chemin (PL)	
		Conducteur engin-pompe	

A....., le.....

*Signature et tampon de la structure
(1) ou son représentant (nom, qualité)*



**SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRÉNÉES**



GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES
Service Volontariat

DOSSIER HABILLEMENT

Dossier suivi par :
Mme Ghislaine LAPLACE
Tel : 05.62.38.18.09.
Ghislaine.laplace@sdis65.fr

GRADE.....NOM.....PRÉNOM.....

Pour percevoir votre dotation d'habillement d'incorporation pour la saison, vous devez impérativement remplir le tableau ci-dessous avec les tailles de vêtements SP que vous possédez dans votre département.

DÉSIGNATION	TAILLE	OBSERVATIONS
Veste SP F1		
Pantalon SP F1		
Polo / Sweat / Chemise F1		
Veste de feu		
Sur Pantalon de Feu		
Gants		
Pointure		

Attention : L'ensemble des effets perçus sont et restent la propriété du SDIS 65, à les retourner à la fin de votre engagement saisonnier.

SDIS



**SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRÉNÉES**



GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES

Service Volontariat

Dossier suivi par :

Mme Ghislaine LAPLACE

Tel : 05.62.38.18.09.

Ghislaine.laplace@sdis65.fr

**PIÈCES A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT
AVEC LE PRÉSENT DOSSIER**

- Une lettre de motivation

- Un C.V.

- Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

- Copie de la Carte Vitale

- Photocopie recto-verso de la carte d'identité

- Photocopie de (s) permis de conduire recto-verso

SDIS**SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRÉNÉES****GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES**Service Volontariat**QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Dossier suivi par :

Mme Ghislaine LAPLACE

Tel : 05.62.38.18.09.

Ghislaine.laplace@sdis65.fr

- Vous trouverez ci-dessous à ce dossier un questionnaire médical à compléter si votre candidature est retenue, et il devra être fourni lors du rendez-vous avec le médecin du SDIS 65.

SDIS

QUESTIONNAIRE À COMPLETER AVANT
EXAMEN MÉDICAL DE RECRUTEMENT
D'UN SAPEUR-POMPIER
PROFESSIONNEL OU VOLONTAIRE
(SECRET MÉDICAL)



**Document strictement confidentiel, qui, une fois renseigné
et signé par l'intéressé, devra être remis uniquement au S.S.S.M.
le jour de la visite médicale d'engagement.**

NOM : PRENOM :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Sexe M F

Situation de famille : Nombre d'enfants :

Adresse :

☎ : E-mail :

Profession actuelle :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Avez-vous connaissance de l'existence de maladies dans votre famille proche ?		OUI	NON	Ne sait pas
Age du père :ans	Est-il malade ?			
<i>Si OUI, quelle est sa maladie :</i>				
Si décédé, précisez la cause :				
Age de la mère :ans	Est-elle malade ?			
<i>Si OUI, quelle est sa maladie :</i>				
Si décédée, précisez la cause :				

Un des membres de votre famille (Parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousin) a-t'il ou a-t'il eu une de ces maladies :			
Maladie cardiaque, infarctus du myocarde			
Hyperlipidémie familiale, cholestérol			
Hypertension artérielle			
Cancer			
Diabète			
Mort subite			
Maladie des reins, calculs			
Allergie, asthme, eczéma, problème respiratoire			
Tuberculose			
Epilepsie, convulsions			
Dépression ou autres troubles psychiques			
Maladie oculaire			
Maladie de l'appareil digestif			
Maladie nerveuse			
Sclérose en plaque			

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	OUI	NON
Troubles cardiaques		
Hypertension ou hypotension		
Taux de cholestérol élevé		
Maladie respiratoire, asthme, bronchite		
Manifestations d'intolérance à l'effort <i>Si OUI, précisez :</i>		
Tuberculose		
Pneumothorax, pleurésie		
Troubles hépatiques, biliaires, jaunisse <i>Si OUI, précisez :</i>		
Troubles digestifs, gastriques, hernies		
Troubles rénaux, coliques néphrétiques		
Diabète, sucre dans les urines <i>Si OUI, précisez :</i>		
Jaunisse, hépatite <i>Si OUI, précisez :</i>		
Maladie thyroïdienne		
Rhumatismes, problèmes vertébraux		
Allergies (foins, pollens, médicaments)		
Maux de tête fréquents		
Epilepsie, convulsions		
Vertiges, pertes de connaissances		
Troubles du sommeil		
Tumeur ou maladie cancéreuse <i>Si OUI, précisez :</i>		
Ulcère d'estomac		
Anomalies sur bilan sanguin <i>Si OUI, précisez :</i>		
Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) <i>Si OUI, précisez :</i>		
Rhumatisme articulaire aigu		
Méningite, encéphalite		
Épilepsie, convulsions		
Paralysies		
Maladies gynécologiques		

Arrêts de travail de longue durée		
Autres maladies <i>Si OUI, précisez :</i>		

VOS ALLERGIES	OUI	NON
Êtes-vous allergique à certains médicaments <i>Si OUI, lesquels :</i>		
Avez-vous des allergies de la peau (urticaire, eczéma)		
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins)		
Avez-vous des allergies alimentaires <i>Si OUI, lesquelles :</i>		
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations <i>Si OUI, lesquelles :</i>		
Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou d'autres insectes : <i>Si OUI, lesquelles :</i>		

VOS ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES	OUI	NON
Avez-vous subi une intervention chirurgicale <i>Si OUI, laquelle :</i>		
Avez-vous eu une anesthésie générale		
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien <i>Si OUI, y avait-il eu perte de connaissance</i> <i>Vous reste-t-il des séquelles</i>		
Avez-vous un accident sérieux dans le passé		
Avez-vous eu des fractures des membres <i>Si OUI, à quel membre :</i>		
Etes-vous encore porteur de broche, clou, vis, plaque		
Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse)		
Autres antécédents articulaires (luxations, entorses,...) ou osseux <i>Si OUI, précisez</i>		

VOTRE VUE	OUI	NON
Portez-vous des lunettes		
Portez-vous des lentilles ou verres de contact		
Avez-vous des problèmes de vision des couleurs		
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'oeil		
Avez-vous eu d'autres maladies des yeux		
Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc)		

VOS OREILLES ET VOTRE NEZ	OUI	NON
Entendez-vous mal		
Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou		
Avez-vous des troubles de l'équilibre		
Avez-vous été opéré des oreilles ou e nez ou des sinus ou du cou		
Utilisez-vous régulièrement un casque ou des écouteurs pour écouter la musique		

VOS DENTS	OUI	NON
Avez-vous des caries dentaires		
Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois :		

VOTRE COLONNE VERTÉBRALE	OUI	NON
Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ?		
<i>Si OUI : - est-ce en permanence</i>		
<i>- après un effort</i>		
<i>- les douleurs sont-elles apparues après un accident</i>		

VOS SOUCIS	OUI	NON
Avez-vous une maladie nerveuse, une dépression ?		
Etes-vous claustrophobe (avez-vous peur dans un espace confiné) ?		
Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ?		
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)		
Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans ?		
Avez-vous ou êtes vous actuellement en traitement pour troubles nerveux ?		
Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires ?		
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?		
Avez-vous été en institut médico-pédagogique ?		
Avez-vous été renvoyé d'un établissement scolaire ?		
Avez-vous eu des ennuis avec la justice ?		

VOS HABITUDES DE VIE	OUI	NON
Faites-vous du sport ? <i>Si OUI : - Indiquez le ou les sports pratiqués : - Depuis quand et nombre d'heures par semaine :</i>		
Etes-vous fumeur habituel de tabac ?		
Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc) ?		
Avez-vous eu des épisodes d'ivresse ?		
Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ? <i>Si OUI : - Précisez lesquels - En avez-vous pris récemment ? - Date de la dernière consommation</i>		
Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez ?		
Etes-vous sous traitement substitutif d'une toxicomanie ?		
Avez-vous été traité pour maladie sexuelle ?		
Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH ?		
Etes-vous donneur de sang régulier ?		
Prenez-vous actuellement un traitement médicamenteux ? <i>Si OUI, quels médicaments :</i>		

POUR LE PERSONNEL FÉMININ			
Depuis votre dernière visite d'aptitude	OUI	NON	Précisions
Etes-vous enceinte ?			Date des dernières règles :
Grossesses antérieures ?			
Utilisez-vous un mode de contraception ?			
Problèmes gynéco-obstétricaux ?			
Avez-vous un suivi gynécologique ?			Date dernière visite :

L'état de grossesse entraîne l'inaptitude temporaire. A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant toute reprise d'activité

PERMIS DE CONDUIRE	OUI	NON
Avez-vous votre permis de conduire ?		
Avez-vous votre permis ambulance <i>Si OUI, date de validité :</i>		
Avez-vous votre permis PL <i>Si OUI, date de validité :</i>		

COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN TRAITANT HABITUEL
Nom et prénom :
Adresse
Code Postal et Ville
N° de téléphone

Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.

Je suis averti(e) que toute déclaration fausse ou insuffisante priverait d'effet la décision d'aptitude.

A,

le