



Bordères-Sur-L'Echez, le

Engagement-Respect-Compétences
Porter secours, notre mission !

DIRECTEUR

Pôle Ressources
Groupement Ressources Humaines
Affaire suivie par :
Lcl Yves RIDEAU
Service Volontariat
secretariat.volontariat@sdis65.fr
05.62.38.18.00

DESTINATAIRES :

TOUS CS ET TOUS SDIS

RECRUTEMENT SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES SAISONNIERS POUR LA PERIODE HIVERNALE 2025-2026

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)
- SECTEUR LA MONGIE (BAGNERES DE BIGORRE)

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

La saison débute début décembre jusqu'au mois d'avril

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
- Etre à jour de la vaccination COVID

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 se fait sur place à la caserne (se munir de draps, taies d'oreiller, couverture).

Lave-linge et sèche-linge à disposition.

Les repas sont à votre charge, une cuisine est à leur dispositions, les courses peuvent se faire à proximité, l'organisation des repas de midi est gérée sur place.

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

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



SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE
SECOURS
DES HAUTES-PYRENEES
POLE RESSOURCES - GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES
SERVICE VOLONTARIAT

Engagement-Respect-Compétences
Porter secours, notre mission !

PHOTO



CANDIDATURE A UN ENGAGEMENT DE SAPEUR-POMPIER
VOLONTAIRE
SAISON HIVERNALE 2025-2026

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

DISPONIBILITE(S) :

Date(s): Du..... au

Du au

SITUATION ACTUELLE SPV :

SDIS d'origine :

Date d'engagement :

Grade : Date nomination :

DIPLOMES OBTENUS :

.....

.....
.....
.....
.....
.....

VACCINATION COVID : 1/3 2/3 3/3 Autre.....

PIECES A JOINDRE DANS LE DOSSIER :

- Lettre de motivation,
- CV
- RIB
- Copie carte vitale
- Copie attestation COVID
- Copie CDI
- Copie Permis de conduire

Personne à contacter en cas de situation grave :

Nom, Prénom :.....

Adresse :.....

Tél : **Portable** :.....

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



**SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET
DE SECOURS
DES HAUTES-PYRENEES
POLE RESSOURCES - GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES
SERVICE VOLONTARIAT**

**Engagement-Respect-Compétences
Porter secours, notre mission !**

ATTESTATION D'EMPLOI DE L'AUTORITE 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 saison hivernale 2025-
2026 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 DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRENEES
POLE RESSOURCES - GROUPEMENT RESSOURCES
HUMAINES**

SERVICE VOLONTARIAT

Engagement-Respect-Compétences
Porter secours, notre mission !

DOSSIER HABILLEMENT

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.



**SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES HAUTES-PYRENEES
POLE RESSOURCES - GROUPEMENT RESSOURCES HUMAINES
SERVICE VOLONTARIAT**

**Engagement-Respect-Compétences
Porter secours, notre mission !**

QUESTIONNAIRE MEDICAL

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.

Questionnaire a compléter avant
EXAMEN MEDICAL DE RECRUTEMENT
D'un SAPEUR-POMPIER
PROFESSIONNEL OU VOLONTAIRE
(SECRET MEDICAL)



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 :

Tél . :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, cousu 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 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 :</i>		
<i>- 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</i>		
<i>- En avez-vous pris récemment ?</i>		
<i>- 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 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 fautive ou insuffisante priverait d'effet la décision d'aptitude.

A, le