|  |
| --- |
| **CIVILITE** |
|  **Madame**  **Monsieur**  **Mademoiselle**  **Autre :**  |
| **Nom :** **Nom de naissance :** **Prénom :**  |
| **Date de naissance :**  | **Lieu de naissance :** **Numéros de département :**  |
| **Nationalité :**  |
| **Langue parlée : Langue écrite :**  |
|  |
| **CONTACT** |
|  |
| **Adresse :**  |
| **Téléphone portable :**  | **Téléphone fixe :** |
| **Email : @** |

|  |
| --- |
|  |
| **PERMIS DE CONDUIRE** |
|  **AM** | **Année :** |  **B1** | **Année :** |
|  **A1** | **Année :** |  **B** | **Année :** |
|  **A2** | **Année :** |  **B (96)** | **Année :** |
|  **A** | **Année :** |  **B(E)** | **Année :** |
|  **C1** | **Année :****Renouvellement :** |  **D1** | **Année :****Renouvellement :** |
|  **C** | **Année :****Renouvellement :** |  **D** | **Année :****Renouvellement :** |
|  **C(E)** | **Année :****Renouvellement :** |  **D(E)** | **Année :****Renouvellement :** |
| **Véhicule personnel : OUI NON** |
|  |  |
| **VACCINATIONS et MALADIES** |
|  |
|  **Tétanos** | **Année : Dernier rappel :**  |
|  **Hépatite B** | **Année : Dernier rappel :** |
|  **Méningite** | **Année : Dernier rappel :** |
|  **DTP** | **Année : Dernier rappel :** |
|  **COVID** | **Année : Dernier rappel :** |
|  **Maladies**  | **Type :**  |
|  **Allergies** | **Type :**  |

|  |
| --- |
| **DIPLOMES de SECOURISME** |
|  |
|  **PSC 1** | **Année : Recyclage :** |
|  **SST** | **Année : Recyclage :** |
|  **PSE 1** | **Année : Recyclage :** |
|  **PSE 2** | **Année : Recyclage :** |
|  **CO (Cadre opérationnel)** | **Année : Recyclage :** |
|  **PAE PSC (Formateur PSC 1 )** | **Année : Recyclage :** |
|  **PAE PS (Formateur PSE)** | **Année : Recyclage :** |
|  **FF (Formateur de Formateur)** | **Année : Recyclage :** |
|  **AFGSU niveau …….**  | **Année : Recyclage :** |
|  **Infirmier** | **Année :**  |
|  **Médecin**  | **Année :**  |
| **Autres :**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **ENGAGEMENTS** |
|  |
| Je demande mon adhésion à l’association des secouristes français Croix-Blanche des VolcansJe reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d’assurance prises par l’ association et des couvertures complémentaires éventuelles. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement secouriste. Je certifie que tous les renseignements portés ci-dessus sont exacts. Je m 'engage à répondre à tout appel et Email à caractère urgent dans les meilleurs délais Fait à……………………………………………………, le………………………………………………………… Signature, signature du représentant légal pour les mineurs avec nom, prénom et qualité  |
|  |
| L’association quant à elle s’engage selon la RGPD de 2018 à ne transmettre aucune information personnelle sans l’accord de ce dernier et à laisser libre court à la personne pour modifier ses informations personnelles |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **ANNEXE** |
|  |
| **Documents joints à la demande d’adhésion :*** **Certificat médical de non-contre-indication à la pratique du secourisme**
* **Diplômes et attestation de formation continue**
* **Photos d’identité**
 |