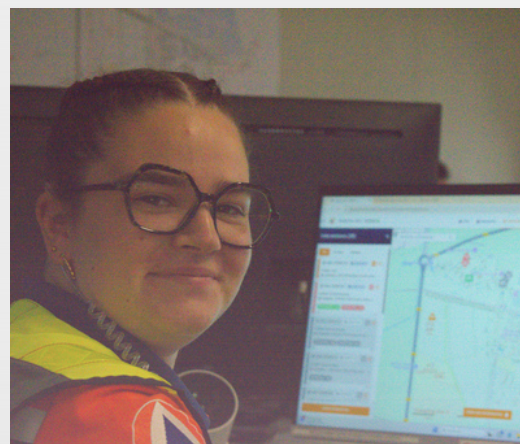




DOSSIER

ENGAGEMENT BÉNÉVOLE



“Pour Tous, partout, tout le temps.”

CADRE RÉSERVÉ À L'APC 53 :

Date d'entrée : ___/___/___

Matricule :

Nom :

Prénom :

Numéro de Téléphone : ___/___/___/___/___

Adresse mail :@.....

PHOTO OBLIGATOIRE



CADRE RÉSERVÉ À LA CELLULE RECRUTEMENT DE LA PROTECTION CIVILE DE LA MAYENNE

Date de réception du dossier : ___/___/___

Entretien fixé le : ___/___/___ à ___H___

Entretien effectué par :

☐ Membre(s) du Conseil d'Administration ☐ Autorité d'emploi ☐ Autre :

1- FUTUR BÉNÉVOLE :

NOM : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance : ___/___/___

Lieu de naissance : Département :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone : ___/___/___/___/___

Adresse mail :@.....

2- PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : Prénom :

Lien de parenté : ☐ Père ☐ Mère ☐ Conjoint ☐ Autre :

N° Téléphone : ___/___/___/___/___ Email :@.....

3- SITUATION ACTUELLE :

☐ Scolarisé Établissement :

☐ Exerce une activité Profession :

☐ Sans activité Statut :



4- PERMIS DE CONDUIRE :

☐ VOITURE (B)

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

☐ MOTO (A)

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

☐ POIDS LOURD

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

☐ SUPER POIDS LOURD

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

☐ PERMIS BLANC

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

☐ BATEAU (FLUVIALE)

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

☐ BATEAU (MARITIME)

DATE D'OBTENTION : ___/___/___ VALIDITÉ : ___/___/___

5- EXPERIENCE EN SECOURISME - PARAMÉDICAL - MÉDICAL :

☐ SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRE

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ SAPEUR POMPIERS PROFESSIONNEL

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ S.S.S.M SAPEURS POMPIERS

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ B.S.P.P

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ B.M.P.M

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ C.R.S SURVEILLANT DE PLAGE

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ SERVICE DES URGENCES C.H

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ SÉCURITÉ CIVILE

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ P.G.H.M

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ S.A.M.U / S.M.U.R

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ AMBULANCIER

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

☐ A.A.S.C | Nom :

EN ACTIVITÉ DEPUIS LE : ___/___/___

CADRE RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE SANTÉ

☐ Médecin

☐ Infirmier

☐ Pharmacien

☐ Psychologue

☐ Autre :

N° RPPS :

JOINDRE LA COPIE DE VOTRE RPPS ET L'INSCRIPTION À L'ORDRE



6- FORMATION EN SECOURISME :

DIPLÔME	DATE D'OBTENTION	DERNIER RECYCLAGE
☐ PSC (Anciennement PSC 1)	___/___/___	___/___/___
☐ SST	___/___/___	___/___/___
☐ PSE 1	___/___/___	___/___/___
☐ PSE 2	___/___/___	___/___/___
☐ SUAP 1	___/___/___	___/___/___
☐ SUAP 2	___/___/___	___/___/___
☐ AFGSU 1	___/___/___	___/___/___
☐ AFGSU 2	___/___/___	___/___/___
☐ AFGSU 3	___/___/___	___/___/___
☐ A.E.P (SOCIO/PSYCHO)	___/___/___	___/___/___
☐ PAE F PSC	___/___/___	___/___/___
☐ PAE F PS	___/___/___	___/___/___
☐ PIC F	___/___/___	___/___/___
☐ Autre :	___/___/___	___/___/___

ATTENTION : Pour les compétences opérationnelles, formations, personnel de santé, permis, vaccination, etc...
Un document justificatif est obligatoire pour que la compétence soit prise en compte. (diplôme)

7- LANGUES :

Langue(s) parlée(s) :	Pratique de la Langue des Signes Française (LSF) :
☐ Français	☐ Oui
☐ Autre(s) (préciser) : _____	☐ Non

8- TAILLE DES TENUES :

TAILLES DISPONIBLES : XXS (000) - XS (00) - S (0) - M (1) - L (2) - XL (3) - XXL (4) - XXXL (5)
• PANTALON : _____
• POLO : _____
• POLAIRE : _____
• PARKA : _____



8- PRÉSENTEZ-VOUS :

1. Présentez vous en quelques mots :

2. Avez-vous déjà été bénévole ? ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, dans quelle(s) structure(s) et pour quelles missions ?

3. Comment avez-vous connu notre association ?

4. Quelles sont vos disponibilités (jours, régularité) en générale ?

5. Avez-vous des compétences spécifiques que vous aimeriez mettre à disposition ?
(Exemple : communication, logistique, encadrement, informatique, comptabilité...)

6. Y'a-t-il autre chose que vous souhaiteriez nous partager pour mieux vous connaître ?



AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), (NOM et Prénom)

Né(e) le :/...../..... demeurant à :

Numéro(s) de téléphone :/...../...../.....

Adresse mail :@.....

Pour permettre à la Protection Civile de la Mayenne (APC 53) de me recontacter pour une utilisation autre que celle prévue ci-dessous.

Cas d'un mineur

☐ Si le signataire est mineur, la présente autorisation est signée par le représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Lien avec le mineur : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Autorisation de prise de vues

J'autorise les opérateurs photo et vidéo de la Protection Civile de la Mayenne, ainsi que toute personne ou prestataire mandaté par l'association, à réaliser des prises de vues me représentant (ou représentant mon enfant mineur) dans le cadre des activités de la Protection Civile, pour la réalisation de supports écrits, audiovisuels ou électroniques entrant dans la communication de l'association.

Autorisation de diffusion

J'autorise la Protection Civile de la Mayenne et les structures départementales et nationale à publier et utiliser ces images sur tous supports (écrit, audiovisuel, internet, réseaux sociaux), dans le cadre de sa communication interne ou externe, pour une durée maximale de 10 ans.

Gratuité

Cette autorisation est consentie à titre gratuit, sans que le signataire ou son représentant légal puisse prétendre à quelque rémunération ou indemnité que ce soit.

Limitation d'utilisation

Toute autre utilisation, non prévue ci-dessus, devra faire l'objet d'un accord écrit spécifique.

Retrait du consentement

Je comprends que je peux retirer cette autorisation à tout moment par écrit, à l'adresse suivante :

communication@mayenne.protection-civile.org

Le retrait du consentement n'aura pas d'effet rétroactif sur les utilisations déjà réalisées avant cette demande.

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour permettre à la Protection Civile de la Mayenne (APC 53) de justifier de votre accord de cession de droit à l'image.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après décès.

Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès du pôle communication de l'APC 53, 27 Boulevard Frédéric Chaplet, 53000 LAVAL - communication@mayenne.protection-civile.org

Fait à : le/...../.....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

(Pour un mineur, signature du représentant légal)



ANNEXE N°2 : AUTORISATION PARENTALE – BÉNÉVOLE MINEUR

Je soussigné(e), (NOM et Prénom du représentant légal) :

Demeurant à (adresse complète) :

Agissant en qualité de : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Numéros de téléphone ou je peux être joint :/...../...../...../.....

Représentant légal de l'enfant mineur (NOM et Prénom de l'enfant) :

Né(e) le/...../..... à :

Autorisation de bénévolat

☐ J'autorise mon enfant à être bénévole au sein de la Protection Civile de la Mayenne et à participer, en tant que mineur, aux activités, formations, dispositifs prévisionnels de secours et autres missions organisées par l'association, sous la responsabilité des encadrants désignés.

Départ en fin de mission

☐ Autorise :

Mon enfant à quitter seul et par ses propres moyens le lieu de la ou des fin(s) de mission(s) ou d'activité(s). Je reconnais que la responsabilité de l'association cesse à compter du moment où mon enfant quitte le lieu de l'activité dans les conditions autorisées ci-dessus.

☐ Refuse :

Que mon enfant quitte seul le lieu de la ou des fin(s) de mission(s) ou d'activité(s).

Dans ce cas, je m'engage à venir le récupérer à l'heure exacte de fin de mission ou d'activité.

Autorisation de soins médicaux

☐ J'autorise le responsable de la mission ou de l'activité à prendre, en mon nom, lieu et place, toute décision nécessaire et urgente relevant du corps médical (examens, soins, hospitalisation) dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'un malaise durant une activité de la Protection Civile.

Information et engagement du représentant légal

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de participation de mon enfant aux activités de la Protection Civile et m'engage à respecter le cadre défini par l'association, notamment son règlement intérieur et ses consignes de sécurité.

Fait le :/...../..... À :

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé » :

ANNEXE N°4 : DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ **1 Photo d'identité**
- ☐ **Photocopie de la Carte Nationale d'Identité (ou Passeport)**
- ☐ **Photocopie du Permis de Conduire + Attestation de Droits à Conduire Sécurisée**
- ☐ **(ADCS - anciennement RIR) de moins de 3 mois** (accessible gratuitement via :
<https://mespoints.permisdeconduire.gouv.fr>)
- ☐ **Photocopie du/des diplôme(s) de secourisme et recyclage(s)**
- ☐ **Justificatif N° RPPS + Inscription à l'Ordre** (Concerne le personnel de santé)
- ☐ **Accord parental** voir **ANNEXE N°2** (pour les mineurs)
- ☐ **Extrait du casier judiciaire B3** (accessible gratuitement via :
<https://casierjudiciaire.justice.gouv.fr>)
- ☐ **Chèque de cotisation d'un montant de 30 €** (Espèce ou chèque (À l'ordre de la Protection Civile de la Mayenne))
- ☐ **Chèque de caution de 150 € NON DATÉ** (Chèque qui ne sera encaissé qu'en cas de perte, dégradation ou non retour de la tenue prêtée).
(À l'ordre de la Protection Civile de la Mayenne)
- ☐ **Fiche de renseignement médicaux** voir **ANNEXE N°1** + **Photocopie des certificats de vaccination** (sous enveloppe à l'attention de l'équipe médicale de la Protection Civile de la Mayenne)

CADRE RÉSERVÉ À LA CELLULE RECRUTEMENT DE LA PROTECTION CIVILE DE LA MAYENNE

NOM ET SIGNATURES DES PERSONNES AYANT FAIT PASSER L'ENTRETIEN

--	--	--

AVIS :

☐

FAVORABLE

☐

DÉFAVORABLE

ANNEXE N°1 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

À METTRE DANS UNE ENVELOPPE À PART AFIN DE GARANTIR LE SECRET MÉDICAL
CETTE FICHE SOUS ENVELOPPE SERA TRANSMISE À L'ÉQUIPE MÉDICALE DE LA
PROTECTION CIVILE DE LA MAYENNE

NOM :

Prénom : Date de naissance : ____/____/____

Lieu de naissance : Département :

NIR (N° de Sécurité Sociale) :

MALADIE(S) CONNUE(S) :

Nom(s) :

-
-
-
-

Traitement(s) :

-
-
-
-

ALLERGIE(S) CONNUE(S) :

Nom(s) :

-
-
-
-

Traitement(s) :

-
-
-
-

GROUPE SANGUIN

- ☐ GROUPE A
- ☐ GROUPE B
- ☐ GROUPE O
- ☐ GROUPE AB
- ☐ RH+ ☐ RH-
- ☐ NE SAIT PAS

VACCINATION

- ☐ COVID-19
- ☐ TETANOS
- ☐ DIPHTÉRIE
- ☐ THYPHOÏDE
- ☐ VHA
- ☐ VHB
- ☐ MÉNINGITE
- ☐ R.O.R
- ☐ POLIOMYÉLITE
- ☐ COQUELUCHE
- ☐ FIÈVRE JAUNE

INFORMATION(S) SUPPLÉMENTAIRE(S) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS À JOUR À JOINDRE AVEC L'ENVELOPPE MÉDICALE