

Critères pour devenir pompiers volontaires du service d'incendie de Saint-Antoine

- Doit être d'âge légal, soit 18 ans et plus;
- Doit fournir un casier judiciaire (criminal record);

Lorsqu'une personne est acceptée pompier volontaire :

- Doit passer un rapport médical (physical);
- Information sur permis de conduire (Drivers Abstract)



VILLAGE DE/OF SAINT-ANTOINE

4599, rue Principale, Saint-Antoine, NB E4V 1P8
Tél.: 506.525.4020 • Téléc.: 506.525.4027
courriel / email: village@village.stantoine.nb.ca
www.village.stantoine.nb.ca

Demande d'Admission - Pompiers Volontaires Service d'Incendie de Saint-Antoine

L'équipe des pompiers volontaires de Saint-Antoine a besoin de quelques nouveaux membres pour remplacer ceux qui désirent se retirer comme pompier actif à cause d'âge, de maladie ou autres raisons. Nous demandons à tous les intéressés de remplir cette demande d'admission et de la remettre à un pompier ou à un employé de la municipalité. Toutes les demandes seront étudiées par le comité d'incendie et protection. Les candidats qui répondent le mieux aux exigences seront recommandés au Conseil du Village pour acceptation.

Nom: _____ No. d'assurance sociale : _____

Adresse : _____ Age : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____

État civile :	Célibataire	<input type="checkbox"/>	Résidence :	Propriétaire	<input type="checkbox"/>
	Marié	<input type="checkbox"/>		Locataire	<input type="checkbox"/>
	Autre/précisez	<input type="checkbox"/>		En pension	<input type="checkbox"/>
	_____			Autre/précisez	<input type="checkbox"/>

Classe de permis de conduire : _____

Métier ou profession : _____ Lieu de travail : _____

Heures de travail (ordinairement) : _____

État de santé; _____ Années terminées à l'école : _____

Autres cours ou sessions : _____

Êtes-vous membre d'un club ou organisation? _____

Pourquoi désirez-vous devenir pompier volontaire? _____

Expérience comme pompier ou autre _____

Autres renseignements importants qui peuvent être utiles au comité : _____

Date : _____ Signature : _____

Reçue le _____ par _____

Étudié par le comité à sa réunion du _____

Recommandations : _____



DEPARTMENT OF PUBLIC SAFETY
MOTOR VEHICLE BRANCH

78-9282 (3/08)

MEDICAL FITNESS REPORT

* Fee for examination is the responsibility of the licence applicant.

This form is to be completed by a licensed medical or nurse practitioner. A positive response must be elaborated upon at the bottom of the form. The appropriate practitioner's stamp must be affixed in the space provided.

Name of applicant _____ Date of Birth _____

Address _____

Licence Number

--	--	--	--	--	--	--

 Class of licence applied for _____

Does the patient have a history or diagnosis of any of the following:

1. Any loss or impairment of limbs or extremities or other structural defect, limitation of mobility or co-ordination likely to interfere with the safe operation of a motor vehicle? Yes No
2. Any impairment of the musculo-skeletal or nervous system likely to interfere with the safe operation of a motor vehicle? Yes No
3. Diabetes mellitus which requires either insulin or oral agents for control? Yes No
4. Myocardial infarction, angina pectoris, coronary insufficiency or thrombosis? Yes No
If first incidence, is the patient fully recovered? Yes No
5. Heart or lung disease including arrhythmia or respiratory dysfunction? Yes No
6. Hypertension accompanied by postural hypotension resulting in giddiness when under treatment? Yes No
7. Requirement for hearing assistance? Yes No
8. Loss of consciousness or awareness due to a chronic or recurring condition? Yes No
9. Continuous use of any prescribed drug which could, in the dosage prescribed, impair ability to operate a motor vehicle? Yes No
10. Clinical diagnosis of alcoholism or drug addiction? Yes No
11. Established medical evidence of a sustained psychiatric disorder with particular regard to depression, suicidal tendencies or impulsive aggressive behaviour? Yes No
12. Any other physical or mental impairment, disease or condition which is likely to significantly interfere with the individual's ability to operate a motor vehicle safely? Yes No

Driver Examiner's Use only
VISION SCREENING
WITHOUT LENSES _____
WITH LENSES _____
EXAMINER _____
AUTHORIZED TRAINING
FOR CLASS _____
UNTIL _____
DD /MM /YY
EXAMINER _____
DATE _____
Office Stamp

Question	Remarks

This is to certify that I examined the above named applicant on
Date _____
and that this individual has been my patient since
Date _____

Examining Practitioner Name (Print) _____
Address _____
Signature X _____

Practitioner's Stamp

RAPPORT D'ÉTAT DE SANTÉ

* Les frais d'examen doivent être payés par le demandeur de permis.

Le présent formulaire doit être rempli par un(e) médecin ou un(e) infirmier(ière) praticien(ne) autorisé. Si un "oui" est coché pour un des numéros, il faut expliquer au bas du formulaire. *Le sceau du praticien doit figurer dans l'espace prévu à cette fin.*

Nom du demandeur _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Numéro de permis

--	--	--	--	--	--	--	--

 Classe de permis demandée _____

Inscrire si les antécédents ou le diagnostic du patient révèlent les problèmes médicaux suivants :

1. Toute amputation ou déficience des membres ou extrémités ou autres défauts structurels et toute limitation de la mobilité ou de la coordination susceptible de nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule à moteur? Oui Non
2. Toute déficience du système musculo-squelettique ou du système nerveux susceptible de nuire à la conduite sécuritaire d'un véhicule à moteur? Oui Non
3. Un diabète sucré dont la régularisation nécessite de l'insuline ou un agent consommé par voie orale? Oui Non
4. Un infarctus du myocarde, une angine de poitrine, une insuffisance coronarienne ou une thrombose? Oui Non
Si c'était la première fois, le patient est-il complètement rétabli? Oui Non
5. Les maladies cardiaques ou pulmonaires, y compris l'arythmie ou une dysfonction respiratoire? Oui Non
6. Hypertension accompagnée d'hypotension orthostatique qui résulte en des étourdissements lors du traitement? Oui Non
7. Nécessité d'avoir recours à un appareil auditif? Oui Non
8. Perte de conscience ou de connaissance en raison d'une maladie chronique ou récurrente? Oui Non
9. Ingestion de tout médicament prescrit qui, lorsqu'utilisé selon la dose indiquée, nuit à la capacité de conduire un véhicule à moteur? Oui Non
10. Diagnostic clinique de dépendance à l'alcool ou à une drogue? Oui Non
11. Preuve médicale établie d'un trouble mental continu, surtout en ce qui concerne la dépression, les tendances suicidaires ou un comportement agressif impulsif? Oui Non
12. Toute déficience physique ou mentale, maladie ou état susceptible de nuire considérablement à la capacité du patient de conduire un véhicule à moteur de façon sécuritaire? Oui Non

Pour l'utilisation des Examineurs de conduite seulement
Examen de la vue
Sans verres correcteurs _____
Avec verres correcteurs _____
Examineur(trice) _____
AUTORISE LA FORMATION POUR CLASSE _____ JUSQU'À _____ JJ /MM /AA
EXAMINATEUR(TRICE)
DATE _____
Sceau du bureau

Question	Remarques

La présente atteste que j'ai examiné le demandeur susmentionné le

Date _____

et cette personne est mon patient depuis le

Date _____

Praticien examinateur
Nom (en caractères d'imprimé) _____

Adresse _____

Signature X _____

Sceau du praticien
