



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE OUEST

## CENTRE ZONAL DE FORMATION IMP 2 ZONE DE DEFENSE ET DE SECURITE OUEST

### FICHE DE CANDIDATURE INTERVENANT

LIEU DE LA FORMATION : CZF-IMP2-ZDSO – SDIS de MAINE-ET-LOIRE

DATES DES STAGES :		Décision du CZF-IMP2 [1]	
Choix de l'intervenant : 1 <sup>er</sup> :	du / / au / /	<b>oui</b>	<b>non</b>
2 <sup>ème</sup> :	du / / au / /	<b>oui</b>	<b>non</b>
<b>Ou</b>			
<b>Choix du CZF-IMP2</b> :	du / / au / /		
L'intervenant accompagne un ou plusieurs stagiaire(s) de son SDIS : <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> [2]			

[1] En gris : partie réservée au CZF-IMP2,

Madame

Monsieur

NOM : ..... PRÉNOM : ..... GRADE : .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

SAPEUR-POMPIER : [2]    PROFESSIONNEL     VOLONTAIRE

PERMIS [2]    **A**     **B**     **C**     **D**     **BE**     **CE**

N° de sécurité sociale : .....

SDIS D'APPARTENANCE : .....OU AUTRE : .....

ADRESSE COMPLETE DE L'EMPLOYEUR : .....

.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM DU CONTACT DU GROUPEMENT FORMATION : .....

Téléphone : .....

Adresse de messagerie :

**ATTESTATIONS OU DIPLÔMES OBTENUS  
EN RAPPORT AVEC L'ENCADREMENT DU STAGE DEMANDÉ\***

IMP 3 OU CT      [2] [3]      Date ..... Lieu.....

ACPRO ou FORAC    [3]    Date ..... Lieu.....

Liste d'aptitude opérationnelle en cours obligatoire (LAOP)      Date .....

Fournir **obligatoirement** les photocopies des unités de valeur et de la LAOP

\* (ne compléter que le niveau le plus haut détenu)

**Signature de l'intervenant**

**Avis du supérieur hiérarchique**

A .....le  
(Signature et cachet de la collectivité)

**Le directeur départemental**

*Monsieur le directeur des services d'incendie et de secours de Maine-et-Loire  
A l'attention du Capitaine Jean-Michel COULBAULT*

*CZF-IMP2-ZDSO  
6 avenue du Grand Périgné  
CS 90087  
49071 BEAUCOUZE*



*Courriel : [czf-imp2-zdso@sdis49.fr](mailto:czf-imp2-zdso@sdis49.fr)  
Téléphone : 02 41 33 21 00  
Portable : 06 74 33 63 99*

- [1] **En gris** : partie réservée au CZF-IMP2,  
[2] Cocher la ou les case(s) correspondante(s),  
[3] Préciser la formation suivie.

## L'HEBERGEMENT ET LA RESTAURATION

Madame

Monsieur

**NOM** : ..... **PRÉNOM** : ..... **GRADE** : .....

**Téléphone portable ou fixe par défaut** : .....

**Adresse de messagerie de l'intervenant** :

L'intervenant souhaite-t-il bénéficier durant le stage de l'hébergement et de la restauration proposés par l'EDIS 49 ? (en dehors du programme de formation)

OUI  NON  [2]

L'intervenant souhaite-t-il arriver la veille de la première semaine du stage et bénéficier de l'hébergement proposé par l'EDIS 49 ?

OUI \*  NON  [2]

L'intervenant souhaite-t-il arriver la veille de la deuxième semaine du stage et bénéficier de l'hébergement proposé par l'EDIS 49 ?

OUI \*  NON  [2]

Si NON, l'EDIS 49 ne prend pas en charge les frais d'hébergement et de restauration de l'intervenant.

**ATTENTION** : les frais d'hébergement et de restauration seront retenus en cas de désistement de l'intervenant, sauf raison valable, sans avoir averti **PAR ÉCRIT** le secrétariat du service formation au moins **6 JOURS OUVRÉS** avant la date du début du stage.

**Cadre réservé au CZF** : Stage N° IMP2 - ..... du ..... au .....

Date de réception : ..... Date d'enregistrement : ..... Accepté / refusé

Code Wifi : .....

Code du portail : .....

Code d'accès à la chambre : .....

La confirmation d'hébergement vous sera retournée par messagerie.

Les documents relatifs à l'hébergement sont consultables sur le site du SDIS 49 dans l'espace dédié au CZF-IMP2-ZDSO.

**Signature de l'intervenant**