|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (RÉSERVÉ) | Zone partenaire (code) : |  |

Ce formulaire peut faire l’objet d’une vérification par l’École nationale des pompiers du Québec (ENPQ).

**Tout champ manquant rend ce document non conforme**. Remplir en caractères d’imprimerie.

**SECTION 1 : Identification et coordonnées du candidat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de famille : | | | | | | | | | Prénom(s) usuel(s) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code permanent : | | | | | | | Date de naissance :  (JJ-MM-AAAA) | | | | | | | | | | | | | | | | Sexe : | | F | | M |
| **Adresse du lieu de résidence permanent** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No civique : | Rue : | | | | | | | | | | | | | App. : | | | | | C.P. ou succursale ou route rurale : | | | | | | | | |
| Municipalité/Ville : | | | | | | | | | | | Province : | | | | | | | | | | Code postal : | | | | | | |
| Téléphone domicile : | | | | | Cellulaire : | | | | | | | | | | Téléphone travaill : | | | | | | | | | | | Poste : | |
| **IMPORTAN**T : Indiquer **lisiblement** votre courrier électronique afin que nous puissions communiquer avec vous. | | | | | | Courrier électronique : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No de permis de conduire : | | | | Classe(s) : | | | | | | | | Responsable de la formation (SSI) : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Statut d’emploi dans un service de sécurité incendie (SSI) et autorisation du candidat** (cocher les cases appropriées) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MRC de l’employeur : |  | | | | | | | | | Municipalité de l’employeur : | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Pompier | | | Officier | | | | | | | | | | | | | | Directeur | | | | | | | | | | |
| Volontaire | | Temps partiel | | | | | | Permanent | | | | | | | | | | | | | | Non embauché | | | | | |
| Employeur admissible au Programme d’aide financière : | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | Non | | | | | | S. O. | | | |
| **Je déclare** que les renseignements ci-haut sont exacts. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **J’autorise** l’ENPQ à transmettre les informations contenues dans mon dossier au ministère de la Sécurité publique (MSP) dans le cadre du Programme d’aide financière pour la formation des pompiers volontaires ou à temps partiel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **J’autorise** l’ENPQ à transmettre les informations contenues dans mon dossier (notamment nom, prénom, code permanent, numéro de permis de conduire, confirmation de la réussite de la formation pompier, MRC et municipalité de mon employeur ainsi que mon statut d’emploi lors de la formation Règles d’utilisation du feu vert clignotant) à la Société d’assurance automobile du Québec (SAAQ) en vue de permettre l’émission de mon certificat d’autorisation pour utiliser le feu vert clignotant. Le refus de cette autorisation pourrait entraîner l’obligation pour le pompier, qui demande l’émission d’une autorisation pour utiliser un feu vert clignotant, de faire la démonstration de sa réussite de la formation Règles d’utilisation du feu vert clignotant autrement à la SAAQ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conformément à la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, **j’autorise**      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(gestionnaire de la formation)* à transmettre au responsable de la formation de mon service de sécurité incendie et à l’ENPQ l’information requise à la gestion de mon dossier académique, pour la mise à jour et le suivi de ma formation. Les renseignements incluent, sans s’y restreindre : nom, prénom, adresse complète, code permanent, numéros de téléphone, bulletins scolaires, résultats d’examens, rapport des présences au cours, certificat médical attestant d’une bonne santé et certificat de naissance **ou** copie certifiée conforme du permis de conduire ou de la carte d’assurance maladie du Québec. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Signature du candidat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date | | | | | | | |

**SECTION 2 : Choix des programmes et des cours** (cocher la formation et la langue d’enseignement désirées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Pompier I* (inclut : *Matières dangereuses - Sensibilisation*, *Prévention des impacts psychologiques – Pompier et intervenants*, *Matières dangereuses – Opération* et *Autosauvetage*) | | |
| *Pompier I – Autochtones du Qc* (inclut : *Matières dangereuses - Sensibilisation*, *Prévention des impacts psychologiques – Pompier et intervenants*, *Matières dangereuses – Opération* et *Autosauvetage*) | | |
| *Pompier II* (inclut : *Désincarcération*) | | |
| *Officier non urbain* (inclut : *Recherche des causes et des circonstances d’un incendie*) | | |
| *Prévention des impacts psychologiques – Pompier et intervenants* (Hors programme) | | |
| *Matières dangereuses – Sensibilisation* (Hors programme) | | |
| *Matières dangereuses - Opération* (Hors programme) | | |
| *Autosauvetage* (Hors programme) | | |
| *Désincarcération* (Hors programme) | | |
| *Intervention en présence de gaz inflammables* (Hors programme) | | |
| *Opérateur d’autopompe* | | |
| *Opérateur de véhicule d’élévation* | | |
| *Sécurité des intervenants lors d’interventions impliquant des véhicules éléctriques, hybrides et à pile à combustible* | | |
| *Règles d’utilisation du feu vert clignotant* | | |
| *Autres formations ENPQ.* **Veuillez en préciser le titre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Langue d’enseignement : | Français | Anglais |

**SECTION 3 : Paiement des frais rattachés à l’inscription au(x) programme(s) et/ou au(x) cours demandé(s) à la SECTION 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A) Paiement effectué par le candidat – Autorisation de paiement par carte de crédit.** Les chèques personnels ne sont pas acceptés.  **IMPORTANT** : Le montant que vous autorisez à débiter sur votre carte de crédit doit **inclure les taxes**. | | | | | | | | | | | | | | |
| Mode de paiement : | | Visa | | | | | Mastercard | | | No de carte de crédit : |  | | | |
| Date d’expiration (MM-AA) : | | | | | |  | | | | Code CSC (numéro de contrôle de 3 chiffres au dos de la carte) : | | | |  |
| Nom tel qu’il est indiqué sur la carte : | | | | | | | | |  | | | | | |
| Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts.  **AUTORISATION** – J’autorise l’ENPQ à débiter ma carte de crédit de **\_\_\_\_\_**     **\_\_\_\_\_\_$** CA | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Signature du titulaire de la carte de crédit | | | | | | | | | | | | Date | | |
| **B) Paiement effectué par la municipalité, la régie intermunicipale ou le service de sécurité incendie, par bon de commande** | | | | | | | | | | | | | | |
| No du bon de commande : | | | | | | |  | | | | | | | |
| Nom de l’organisation : | | | |  | | | | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nom de la personne responsable : | | | | | | | |  | | | | | | |
| No de téléphone : | | |  | | | | | | | No de télécopieur : | | |  | |
| Courriel : |  | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Signature de la personne responsable | | | | | | | | | | | | Date | | |

**SECTION 4 : Réservé au responsable de la formation**

|  |
| --- |
|  |
|  |