

Formulaire de candidature

Identité du candidat

NOM :	Prénom :
Nom d'usage :	Né.e le :
Lieu de naissance :	Départ ^t /Pays :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Tél. personnel :	E-mail personnel :

Activité professionnelle

Profession :

Statut	<input type="checkbox"/> Salarié.e / Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Actif.ve	<input type="checkbox"/> Retraité.e
professionnel :	<input type="checkbox"/> Indépendant.e	<input type="checkbox"/> Actif.ve	<input type="checkbox"/> Retraité.e
	<input type="checkbox"/> Etudiant.e		
	<input type="checkbox"/> Demandeur.se d'emploi		

Si salarié.e ou fonctionnaire, employeur : _____

Si vous êtes retraité.e, indiquez votre dernier employeur

Si indépendant.e, entreprise : _____

Si vous êtes retraité.e, indiquez votre dernière entreprise

Si étudiant.e, université, diplôme et domaine : _____

Si demandeur d'emploi, domaine de recherche : _____

Autres qualifications

Diplôme ou certificat de premier secours Oui Non Prévu ou en cours

Nom du diplôme ou du certificat (PSC 1, AFPS, BNS) : _____

Date d'obtention : _____ Date du dernier recyclage : _____

Formation de SST Oui Non Prévu ou en cours

Date d'obtention : _____ Date du dernier recyclage : _____

Permis B Oui Non Prévu ou en cours

Date d'obtention : _____

Autre permis véhicule Oui Non Prévu ou en cours

Type de permis : _____ Date d'obtention : _____

Formation de réserviste Niveau Équipier



Adhésion au Bouclier bleu France

Je suis membre individuel.le du Bouclier bleu France à jour de mes cotisation

Date d'adhésion :

Date de la 1^{ère} adhésion du BbF (facultatif) :

Documents et justificatifs à joindre

- Photographie récente
- CV
- Lettre de motivation
- Carte d'identité recto verso
- Extrait de casier judiciaire (bulletin n°3)
- Diplôme ou certificat de premier secours ou de SST ou justificatif d'inscription à ces formations
- Permis
- Justificatif d'adhésion au BbF pour l'année en cours
- Annexe 1 – Questionnaire médical rempli et signé par un médecin ou justificatif de rendez-vous médical
- Copie du carnet de vaccination
- Annexe 2 – Organisation pratique

Merci de cocher les documents et les justificatifs qui accompagnent votre candidature.

Si certains sont manquants, merci d'en préciser ci-après la raison :

.....
.....
.....

J'atteste par la présente l'exactitude des informations renseignées ci-avant.

Date :

Signature :

Ce formulaire est à remplir et à renvoyer avec les justificatifs avant **le vendredi 29 mai 2026** :

en version numérique à l'adresse sru@bouclier-bleu.fr avec en copie l'adresse

formation_sru@bouclier-bleu.fr

Les documents devront être en PDF et intitulés : Nom_Prénom_Nom du document

en version papier à l'adresse **Bouclier bleu France** à l'attention du DRU C/O INHA 2
rue Vivienne 75002 PARIS

Annexe 1 - Questionnaire médical

A faire remplir par votre médecin

Prénom et nom du médecin :

Absence de contre-indication à l'activité de réserviste du BbF

J'atteste par la présente que (Prénom et nom du candidat) est apte aux activités suivantes :

- Port de charges lourdes (jusqu'à 25 kg) Oui Non
- Exposition à la poussière Oui Non
- Station debout prolongée Oui Non

Vaccination

J'atteste également de la situation de (prénom et nom du candidat) au regard des vaccins obligatoires ou recommandés :

- DTP ou DTCP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche) :
 Vacciné.e Non vacciné.e

Date de la dernière vaccination :

Date de la prochaine vaccination :

- Autres vaccins : précisez ci-après les autres vaccins et leur date d'administration

J'atteste par la présente l'exactitude des informations renseignées ci-avant.

Date :

Signature du médecin :

Annexe 2 – Organisation pratique

Taille de vêtements

Les candidats retenus se verront remettre un équipement composé notamment de vêtements. Merci de remplir cette annexe afin de faciliter la gestion des commandes de matériel.

Taille de pantalon							
<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 38	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 44	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> Autre :
Taille de polo							
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL	<input type="checkbox"/> Autre :
Taille de gilet sans manche							
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL	<input type="checkbox"/> Autre :
Taille de polaire							
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL	<input type="checkbox"/> Autre :
Taille de chasuble							
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> XXXL	<input type="checkbox"/> Autre :

Restrictions alimentaires

Lors de la formation, les repas sont pris en charge par le BbF. Merci de préciser si vous avez des allergies et/ou des intolérances alimentaires pour faciliter l'organisation des repas.

- Aucune restriction
- Végétarien
- Végétalien / Vegan
- Intolérant au gluten
- Intolérant au lactose
- Autre :