

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ PAR LE CANDIDAT

JE DÉCLARE ÊTRE EN BONNE SANTÉ ET AUCUN INCONVÉNIENT MÉDICAL À M'INSCRIRE À LA FORMATION "INTERVENTION EN SÉCURITÉ INCENDIE" DE L'ACADÉMIE DES POMPIERS EN PRÉVISION D'EN FAIRE UN MÉTIER.

IDENTIFICATION DU CANDIDAT(E) :

| | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------|
| NOM, PRÉNOM | | DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) | |
| ADRESSE (NUMÉRO, APPARTEMENT, RUE) | | | |
| VILLE | | PROVINCE | CODE POSTAL |
| SIGNATURE | | | DATE (AAAA-MM-JJ) |

NOTE : IL EST FORTEMENT RECOMMANDÉ DE VOIR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AVANT DE DÉBUTER LE PROGRAMME " INTERVENTION EN SÉCURITÉ INCENDIE".