



A.U.D.I.F

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SECOURS**

**IMPRIMER ET REMPLIR PUIS RENVOYER PAR COURRIER EN JOIGNANT
VOTRE REGLEMENT PAR CHEQUE à l'ordre de « AUDIF » à l'adresse :**

**Siège National AUDIF , 32 Bis Boulevard Docteur Ferroul
11 100 Montredon des Corbières**

NOM : PRENOM(S) :

ADRESSE :
.....
.....
.....
.....

VILLE : CODE POSTAL :

TPH : domicile: portable:

E-mail : @

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

SITUATION DE FAMILLE : Nbr ENFANT(S) :

NOM et COORDONNEES 1^{er} PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

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

NOM et COORDONNEES 2^e PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

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

PERMIS : VL PL Super L TC AUTRES BATEAUX

.....

PROFESSION :.....

SPV OUI NON

SPECIALITE(S) AU SEIN DES SAPEURS POMPIERS :

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

1. Possédez-vous un passeport en cours de validité ? : OUI NON

2. Numéro de Passeport :.....

3. Avez-vous des compétences particulières, ou spécialités ? OUI NON

4. Lesquelles ? :

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

5. Parlez-vous une ou plusieurs langues étrangères ? OUI NON

6. si oui la ou lesquelles ? ANGLAIS ESPAGNOL AUTRES

.....
.....

7. Etes-vous déjà bénévole dans une autre association ? OUI NON

8. si oui laquelle, et quel est son but ou objet ?

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

9. Avez-vous une expérience en : -secours de catastrophe ? OUI NON

-en humanitaire ? OUI NON

-en formation ? OUI NON

10. Avez-vous une appréhension relative aux animaux ... ? OUI NON

SERPENTS SCORPIONS HYMENOPTERES ARAIGNEES

AUTRES

11. Votre Groupe Sanguin et Rh :.....

12. Suivez vous un traitement régulier : OUI NON

13. Avez-vous une appréhension relative aux Transports... ? OUI NON

AVIONS BATEAUX HELICOPTERES ASCENSEURS

14 Vaccins Obligatoires avant départ :

- DT Polio (3 Injections à 1 mois d'intervalle puis rappel tous les 10 ans)
- Typhoïde (1 injection tous les 3 ans)
- BCG (Contrôle tous les 5 ans)
- Fièvre Jaune (1 injection tous les 10 ans au plus tard 10 jours avant départ)
- Méningite à méningocoques B et C
- Hépatite A (2 injections à 6 mois à 1 an d'intervalle , un rappel à 10 ans)
(immunité acquise à vie)
- Hépatite B (3 injections à 1 mois d'intervalle , puis rappel tous les 5 ans ou
vérification d'anticorps)

15 Vous devez être titulaire du PSC 1 ou diplôme équivalent :

Nature et Numéro du diplôme :.....

16 Afin de pouvoir communiquer par video conference gratuitement et de façons sécurisé vous vous engagez à télécharger et utiliser SKYPE comme moyen de communication interne à l'ONG AUDIF :

OUI

NON

17 Ecrivez en 10 lignes maxi ,vos motivations et vos perspectives pour l'association ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTA : Cerclez les reponses utiles

ATTENTION Pièces à joindre impérativement dans le dossier :

- 1- *un certificat médical de non contre indication aux missions humanitaires.*
- 2- *photocopie du carnet de vaccination, ou des certificats de vaccinations à jours.*
- 3- *photocopies du passeport très lisible.*
- 4- *copie de tous les diplômes sécurité civiles et relatif au secours dont vous êtes détenteur*
- 5- *2 photos d'identité, ou bien (Photos numérisées par mail)*
- 6- *(adhésion Secours) 1chèque de 30 € + Cotisation annuelle 20 € à l'ordre de AUDIF.*

TOUT DOSSIER INCOMPLET, NE SERA PAS PRIS EN COMPTE.!

Vous vous engagez à être à jour de vos Vaccinations et Passeport dans les 6 mois suivant votre engagement en l'absence de quoi votre radiation sera effective sans préavis ni remboursement des frais d'adhésion et cotisation.

Vous vous engagez à communiquer tout changement d'adresse, coordonnées mail ou Tél, situation médicale et vaccinale.

Date et signature :

.....

.....