



BATAILLON DES SAPEURS-POMPIERS DE LA VILLE DE FRIBOURG

Demande d'incorporation

(Merci de remplir informatiquement le formulaire avec Adobe Acrobat Reader)

Subdivision:

(plusieurs choix possibles
appuyez sur Ctrl)

No AVS: _____

Nom et prénom: _____

Date de naissance (jour, mois, année): _____

Lieu ou pays d'origine: _____ Permis (si étranger): _____ Etat-civil: _____

Domicile: (1700 Fribourg ou N° postal) : _____

Adresse exacte: _____

No de tél. privé: _____ professionnel: _____

Adresse mail: _____

Avez-vous déjà été incorporé(e) au Bataillon de Fribourg? oui non

Formation professionnelle de base: _____

Profession / Activité actuelle: _____

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire? oui non

Si oui, pour quelle(s) catégorie(s)?	A	A1	A2	B	C	C1
	D	D1	D2	E	F	G

N° de plaque: _____

Etes-vous au bénéfice d'une rente AI? non Si oui %

Etes-vous apte au service militaire?
(pour les ressortissants suisses) oui non

Si oui, quelle est votre incorporation? _____

Etes-vous incorporé dans la Protection civile?
(pour les ressortissants suisses) oui non

Si oui, dans quel service? _____

N° IBAN de votre compte bancaire ou postal:
(pour le versement de la solde) _____

Fribourg, le _____ Nom Prénom: _____

NE PAS REMPLIR!

Visite médicale: oui non

Résultat: apte inapte

Motif éventuellement: _____

Décision de l'EM: _____

Fribourg, le _____