



JEUNE SAPEUR - POMPIER

SAISON 2025/2026

Dossier de recrutement 1^{ère} année

Section JSP :

NOM :

Prénom :

JEUNES SAPEURS ■ POMPIERS
DE FRANCE



SOMMAIRE

1. Fiche de renseignements jeune sapeur- pompier ;
2. Autorisation des représentants légaux ;
3. Autorisation de soigner ou d’opérer du ou des représentant(s) légal(aux) ;
4. Autorisation de droit à l’image ;
5. Utilisation de vos données personnelles
6. Service de Santé et de Secours Médical



1 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

JEUNE SAPEUR - POMPIER

- Saison 2025 / 2026 -



Nom :

Prénom :

Sexe :

Né(e) le :

A :

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse mail :

@

Code postal et ville :

Etablissement scolaire fréquenté :

Section de :

Cycles en cours :

N° Carte fédérale :

Matricule SDIS 72 :

Représentant légal 1 / n° de téléphone :

Représentant légal 1 / adresse mail :

@

Représentant légal 2 / n° de téléphone :

Représentant légal 2 / adresse mail :

@

Délégué Départemental JSP

Grade : Caporal-Chef

Prénom : Serge

NOM : QUENTIN

N° Tél : 06-14-06-56-16

Responsable Section JSP

Grade :

Prénom :

NOM :

N° Tél :



2 - AUTORISATION DU OU DES REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX) - Saison 2025 / 2026 -

Je (nous) soussigné(e)(s),

.....

et.....

Représentant(s) légal (aux) de l'enfant

l'autorise(ons) à participer, aux activités des Jeunes Sapeurs-Pompiers au sein de la section de et le cas échéant aux manifestations suivantes :

- ✓ Cross départemental, régional et National ;
- ✓ Challenge de la qualité départemental, régional et national (FINAT) ;
- ✓ Rassemblement Technique (concours de manœuvres) départemental, régional et national (RTN).

Fait à : Le :

Signature du (des) représentant(s) légal (aux)

Des informations précises seront communiquées aux représentants légaux en cas de participation (date, horaires, modalités, ...)



3 - AUTORISATION DE SOIGNER OU D'OPERER DU OU DES REPRESENTANT(S) LEGAL (AUX)

- Saison 2025 / 2026 -

Ce document ne dédouane pas de l'obligation de joindre les parents le plus rapidement possible en cas d'accident ou de maladie. En effet, sauf urgence vitale, le principe est que seule leur autorisation demeure valable.

Il est cependant important de faire signer ce document afin de faire prendre conscience aux parents qu'une intervention médicale peut avoir lieu sans leur autorisation.

Je (nous) soussigné (e)(s),

et.....

Représentant(s) légal (aux) de l'enfant.....

Autorise(ons) le responsable de la section des JSP de

Ou les accompagnateurs des déplacements :

☐ A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin ;

☐ A faire hospitaliser mon enfant en cas de nécessité ;

☐ A permettre la sortie de mon enfant de la structure de soins, accompagné du responsable de la section JSP ou du responsable de la délégation.

Je (nous) suis (somm) joignable(s) au(x) numéro(s) de téléphone suivant(s) :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Fait à : Le :

Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux)

Article L1111-4, Article L1111-5, Article R1112-34 et Article R1112-35 du Code de la santé publique



4 - AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Saison 2025 / 2026 -

Je (nous) soussigné(e)(s),
et

Représentant(s) légal (aux) de :

* ☐ N'autorise(ons) pas,

* ☐ Autorise(ons),

1/ à fixer, diffuser, reproduire et utiliser l'intervention filmée ou photographiée (image et son ou image et son séparément) de mon enfant dans le cadre de sa participation aux activités/événements des Jeunes Sapeurs-Pompiers, pour la réalisation de supports de communication, de promotion ou de formation des Jeunes Sapeurs-Pompiers ou Sapeurs-Pompiers. Ces documents n'ont pas vocation à être commercialisés.

2/ à procéder à l'exploitation, sans contrepartie financière, de cette intervention filmée ou photographiée, en totalité ou par extrait sur tous supports et moyens de diffusion connus ou futurs (documents, réseaux sociaux, internet,...)

3/ Cette autorisation est accordée à :

- La section concernée
- L'UDSP et/ou ADJSP concernée.
- Le SDIS concerné
- L'organisateur d'une manifestation (cross régional, cross national, challenge de la qualité régional, FINAT, concours de manœuvres régional, RTN,...)

Les images ou films ne pourront en aucun cas être dénaturés, ni détournés de leur contexte, par un montage ou par tout autre procédé. La légende ne pourra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne.

Cette autorisation est, valable pour une durée de cinq ans et révocable à tout moment.

Fait à : Le :

*Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux)
précédé de la mention « lu et approuvé »*

* Cocher la case souhaitée



5 - UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Saison 2025 / 2026 -

Un traitement des données personnelles concernant votre enfant est réalisé par l'Union Départementale de la Sarthe (UDSP72), responsable du traitement, afin d'assurer la gestion des relations avec les JSP inscrits et l'adhésion au réseau fédéral (UDSP, URSP, FNSPF).

L'UDSP 72 s'engage à respecter la législation relative à la protection des données personnelles et en particulier le règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD).

Les données collectées sont utilisées par les services concernés de l'UDSP 72 et de la section, dans le cadre et les limites de leurs attributions.

En cas de participation de votre enfant à une manifestation départementale, régionale ou nationale de jeunes sapeurs-pompiers, les données collectées ainsi que les documents objet du présent dossier d'inscription, notamment la déclaration du représentant légal relative à l'autorisation de soigner et d'opérer, sont communiquées à l'organisateur de la manifestation.

La sécurité des données collectées est garantie par l'UDSP72 et la section concernée, disposant de matériel informatique adéquat.

Les données collectées sont conservées pendant toute la durée de l'inscription au sein des JSP, et à l'issue, archivées à des fins historiques.

Vous disposez du droit de demander l'accès à vos données, leur rectification ou leur portabilité, et dès la fin de l'inscription, leur effacement, l'opposition au traitement ou sa limitation auprès de :

- votre Union Départementale de Sapeurs-Pompiers de la Sarthe
- votre section

La direction juridique de la FNSPF assure les fonctions de « Délégué à la Protection des Données » de la FNSPF.

Pour exercer vos droits ou contacter le Délégué à la Protection des Données de la FNSPF pour toute question, vous pouvez adresser un message à : fnspf@pompiers.fr en précisant en objet « Données personnelles, suivi de votre nom ».

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des informations sur le présent traitement des données personnelles de mon enfant et en accepte les conditions et leur utilisation dans le cadre de son activité de jeune sapeur-pompier.

Fait à : Le :

*Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux)
précédé de la mention « lu et approuvé »*



6 - SERVICE DE SANTE ET DE SECOURS MEDICAL

Saison 2025 / 2026 -

Merci de compléter le questionnaire médical de santé préalable à la visite médical et de joindre une copie du carnet de vaccination, à transmettre uniquement à l'adresse électronique suivante : alexia.desanlis@sdis72.fr secret médical oblige.

Dans un deuxième temps vous serez sollicité pour un rendez-vous médical du S.S.S.M afin de valider votre aptitude médicale.

QUESTIONNAIRE MEDICAL
VISITE MEDICALE JSP

(A remplir lisiblement, mettre dans l'enveloppe prévue à cet effet et joindre au dossier de recrutement)

Nom d'usage : : Nom patronymique :
Prénom :
Sexe : ☐ F ☐ M
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse :
Adresse représentant légal (si différente) :
Tél. fixe ou portable : Tél. Repr. légal :
Adresse E-mail : Mail Repr. Légal :

Section JSP pour laquelle vous postulez ?



RENSEIGNEMENTS VACCINAUX CONCERNANT LE POSTULANT

Joindre **obligatoirement** une copie **lisible** de toutes les vaccinations réalisées (BCG, IDR, DTP, Hep B, autres)
Vous trouverez ces informations dans votre carnet de vaccination (4 à 5 pages selon le type de carnet).

Rappel aux parents : Pour être recruté comme SPV la vaccination complète Hépatite B est obligatoire (schéma en 3 injections).

Si vous n'avez jamais été vacciné, n'attendez pas le dernier moment pour commencer la vaccination

Pièces à joindre au dossier d'engagement

- ☐ Pré questionnaire pré-rempli
- ☐ Copie des vaccinations ☐ Carnet de vaccination non disponible (perte,...)
- ☐ Déclaration signée du postulant (ou son représentant légal (si mineur))

DECLARATION A SIGNER PAR LE POSTULANT ET LE REPRESENTANT LEGAL

Je m'engage à ne rien cacher de mes antécédents et à fournir des réponses complètes et exactes. Je suis averti que toute déclaration fausse ou insuffisante priverait d'effet la décision d'aptitude et m'exposerait à des poursuites.

J'autorise la communication de mon dossier médical au médecin chef et au médecin que je désignerai.

Je déclare ne pas avoir consommé de substances illicites (Cannabis, cocaïne, héroïne ...) durant les 03 derniers mois, et m'engage à ne pas en consommer pendant toute la durée activité de JSP.

Je suis averti, que durant mon activité de JSP, je peux être soumis au dépistage de substances psychoactives, par le Service de Santé et de Secours Médical de la Sarthe.

Date et signature du représentant légal
(Pour le candidat mineur)

Date et signature du candidat

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE POSTULANT

Poids :en Kgs Taille :en cm

1 – Avez-vous eu des problèmes de dos ?

	Oui	Non
Avez-vous eu de la kiné pour des problèmes de dos ? (Si oui apporter la dernière radio)		
Scoliose ?		
Traumatisme du rachis ?		

2 – Portez-vous des lunettes?

	Oui	Non
Le port de lunettes est-il indispensable pour voir de loin ?		
Depuis quel âge portez-vous des lunettes ?	ans	
Connaissez-vous votre niveau de vision sans lunettes ou lentilles ?	Œil D __/10e	Œil G __/10e
Port de lentilles (Pour la visite médicale, munissez-vous de vos lunettes !)		

Si vous disposez de **l'ordonnance délivrée par l'ophtalmologue** ou **d'une carte optique** délivrée par votre opticien, **joignez en les copies**

3 – Avez-vous été opéré des yeux ? ☐ oui ☐ non

A quelle date ?	/...../.....
Joindre obligatoirement le compte-rendu opératoire ou l' attestation remise par l'ophtalmologiste?	

4 – Autres antécédents ou problèmes de santé

Avez-vous des antécédents ou Présentez-vous actuellement		Oui	Non	Ne sait pas
- des troubles cardiaques ?	Hypertension ?			
	Souffle ?			
	Opération cardiaque ?			

Avez-vous des antécédents ou Présentez-vous actuellement		Oui	Non	Ne sait pas
- des troubles respiratoires ?	Asthme ?			
	Pneumothorax ?			
	Traitements pour les poumons ? Si oui, lesquels :			
				

Avez-vous des antécédents ou Présentez-vous actuellement		Oui	Non	Ne sait pas
- des manifestations allergiques ?	Rhinite ? Conjonctivite ?			
	Allergie à ?			
	Traitements pour l'allergie ? Si oui, lesquels :			

Avez-vous des antécédents ou Présentez-vous actuellement		Oui	Non	Ne sait pas
- des troubles auditifs ?	Diminution de l'audition ?			
	Vertiges ?			
- du diabète ou du sucre dans les urines		Oui	Non	Ne sait pas
	Traitements pour le diabète ? Si oui, lesquels :			

Avez-vous eu		Oui	Non	Ne sait pas
- un accident sérieux dans le passé				
	Fractures ?			
	Entorse ? Luxation ?			
	Si oui, lesquelles :			
- une maladie importante dans le passé		Oui	Non	Ne sait pas
	Traitements pour cette maladie ? Si oui, lesquelles :			