



**A retourner par courrier ou mail au :** SDIS de la Lozère – CNF GRIMP 3 place Paul Comte 48 400 FLORAC  
Tph : 04 66 45 31 03 mail : [grsflomt@sdis48.fr](mailto:grsflomt@sdis48.fr) / Site : [www.cnfgrimp.com](http://www.cnfgrimp.com)

## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION A UN STAGE DU CNF GRIMP

# STAGIAIRE

**Important : la date, avis, signatures, et organisme de prise charge des frais sont obligatoires, ainsi que les pièces à fournir. Tout dossier incomplet ne sera pas retenu**

### CANDIDAT

Département : \_\_\_\_\_ Affectation : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ lieu : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

N° téléphone (portable) : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_

### CONTACT SUIVI DOSSIER

Service : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_\_\_\_ email : \_\_\_\_\_

### FORMATION DEMANDEE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> IMP 1- Initiation                   | <input type="checkbox"/> ISS 1 – Intervention en Site Souterrain        |
| <input type="checkbox"/> IMP 2 – Equipier – sauveteur        | <input type="checkbox"/> ISS 2 – Intervention en Site souterrain        |
| <input type="checkbox"/> IMP 3 – Chef d'unité                | <input type="checkbox"/> Neige – adaptation complémentaire              |
| <input type="checkbox"/> FMA IMP 3                           | <input type="checkbox"/> Centrale nucléaire – adaptation complémentaire |
| <input type="checkbox"/> Rattrapage IMP 3 - épreuve pratique |   |
| <input type="checkbox"/> Rattrapage IMP 3 – épreuve écrite   |   |

Références et dates de la session

1<sup>er</sup> choix : \_\_\_\_\_

2<sup>nd</sup> choix : \_\_\_\_\_

**PIECES A FOURNIR : COPIE DE L'ARRETE DE LA LISTE D'APTITUDE OPERATIONNELLE DEPARTEMENTALE 2010 ou à défaut une attestation du CT GRIMP + copie DILPOME IMP 3 et DIPLOME FOR LE PLUS ELEVE,**

### FORMATION INITIALE

IMP 2 en date du : \_\_\_\_\_

FOR 1

IMP 3 en date du : \_\_\_\_\_

FOR 2

FOR 3

Autres formations spécialisées : \_\_\_\_\_

**Organisme de prise en charge des frais :**

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Le candidat :

Le conseiller Technique :  
Avis et signature

Le D.D.S.I.S  
Avis et signature