



**BRIGADE D'INCENDIE / FIRE BRIGADE**  
*Village of /d'Atholville*



Date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom  
Name \_\_\_\_\_

Address  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telephone(s) \_\_\_\_\_ (maison/home)  
\_\_\_\_\_ (cell)  
\_\_\_\_\_ (autre/other)

No. Permis de conducteur  
Driver's licence No. \_\_\_\_\_

Qualifications  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Classe du Permis  
Licence Class \_\_\_\_\_

Propriétaire d'une voiture  OUI / YES  
Car owner  NON / NO

**RÉPONSE OPTIONNEL / OPTIONAL ANSWERS**

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sex  Male  Female  
Date of birth \_\_\_\_\_  
Residence  propriétaire/owner  
 locataire/tenant  
 autre/other  
Nom d'employeur \_\_\_\_\_  
Employer's name \_\_\_\_\_

Signature Requérent / Applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**RÉUNION DU CONSEIL / COUNCIL MEETING**

CANDIDATURE  ACCEPTÉ / ACCEPTED  
 REFUSÉ / DENIED

Signature Maire / Mayor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**RÉUNION DE BRIGADE / BRIGADE MEETING**

CANDIDATURE  ACCEPTÉ / ACCEPTED  
 REFUSÉ / DENIED

Signature Chef Pompier / Fire Chief \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**EXAMEN MÉDICAL NÉCESSAIRE SI ACCEPTÉ / IF ACCEPTED, MEDICAL EXAM REQUIRED**

Date Examen Médical \_\_\_\_\_  
Medical Exam Date \_\_\_\_\_