



Association Loi 1901  
Non assujettie à la TVA  
N° de SIRET: 48302055800027  
Code APE: 9499Z  
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°: W471000174  
Agrément départemental délivré sous le n°: 47-2023-06-15-00005

## Fiche d'inscription Candidat particulier

PSC1  REC-PSC1

UNION DÉPARTEMENTALE DES SAPEURS-POMPIERS du  
LOT-ET-GARONNE 8, Rue Marcel Pagnol 47510  
FOULAYRONNES

Contact: Roselyne DE LUCA  
[udsp47@gmail.com](mailto:udsp47@gmail.com)

Date de la formation souhaitée: du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_ Contact formateur M/Mme: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ Merci d'écrire en majuscules  
PRENOM: \_\_\_\_\_ SEXE:  F  M  
ADRESSE: \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL: \_\_\_\_\_ VILLE: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Né(e) le: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Dépt: \_\_\_\_\_  
Profession: \_\_\_\_\_

**Coordonnées de facturation:** N° de Siret de l'entreprise: \_\_\_\_\_ ( si le payeur est une entreprise )  
Nom de la structure: \_\_\_\_\_  
Adresse de la structure: \_\_\_\_\_  
Ville: \_\_\_\_\_ Dépt: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
Le: \_\_\_\_\_  
**Pièces à fournir:** Copie de carte nationale d'identité:  Charte du stagiaire signée:   
( à télécharger sur notre site internet )  
Copie de diplôme initial ( pour recyclage ) :  Règlement chèque ou avis de virement:   
Autre: \_\_\_\_\_

**Profil et tarif**  
 Service civique: 60 €  Particulier: 65 €  Famille/Adhérent SP: 0 €  Recyclage PSC1: 40 €

**Vous êtes en situation de handicap ? : Contactez-nous pour que nous puissions vous orienter vers un organisme en capacité de répondre à votre demande.**

### Mode de paiement

Par virement bancaire: Veuillez me faire parvenir le RIB de l'UDSP47:   
ou par chèque n° \_\_\_\_\_ à l'ordre de l'UDSP47  
ou en espèces: ( à l'inscription ou au plus tard le jour de la formation )

**Pour les candidats mineurs:**  
Je soussigné ( e ) \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de \_\_\_\_\_ autorise  
M./ Mme \_\_\_\_\_ à suivre la formation  
dispensée par l'UDSP47 qui se déroulera le \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature

### Déclaration de lien de parenté Sapeur-Pompier:

Je soussigné \_\_\_\_\_  
SP adhérent au pack associatif certifie que  
cette personne est bien membre de ma famille  
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature: