



Afin d'être considéré pour rejoindre la brigade d'incendie, voici les documents dont vous avez besoin de remettre à l'administration municipale ou le chef pompier :

- Le formulaire d'application rempli au complet (annexe A)
- Le formulaire médical rempli par votre médecin (annexe B)
- Une vérification de votre casier judiciaire (ceci peut être fait à la municipalité)
- Une copie de votre dossier du conducteur moins de 3 mois de date (Service NB)

Pour toutes questions, contacter :

Roger (Jr) Pitre, Chef Pompier  
(506) 521-5328  
[roger.pitre2@gnb.ca](mailto:roger.pitre2@gnb.ca)

**MERCI DE VOTRE INTÉRÊT!**



In order to be considered to join the Rogersville fire department, here is the list of documents that you must provide to the Municipality's administration or to the Fire chief:

- The application form (Annexe A)
- The medical form filled out by your doctor (annexe B)
- A new criminal record check (this can be done at the village office)
- A copy of your driving record no more than three months old (Service NB)

For all questions, please contact :

Roger (Jr) Pitre, Fire chief  
(506) 521-5328  
[roger.pitre2@gnb.ca](mailto:roger.pitre2@gnb.ca)

**THANK YOU FOR YOUR INTEREST!**





1. Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_ Tel No: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_ Tel No: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_ Tel No: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si sélectionné, êtes-vous disponible pour appel: Jour \_\_\_\_\_ Soir \_\_\_\_\_ Nuit \_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_

Après l'entraînement initial de Pompier Niveau 1 (+/- 150 heures), il y aura un minimum de 40 heures par année.

Pouvez-vous vous soumettre à cet entraînement? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

***Si ta demande est considérée par le chef, une rencontre sera organisée avec les membres du comité de direction.***

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## ANNEX A

**ROGERSVILLE FIRE DEPARTMENT  
NOUVELLE-ARCADIE**

**APPLICATION TO BECOME A  
VOLUNTEER FIREFIGHTER**

*"Some of the information requested in this application are required to ascertain minimal qualification requirements. All information will be treated on a confidential basis and only be used for the purpose of assessing your file."*

### PART 1

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Last name First name Middle name

Gender: M\_\_\_\_ F\_\_\_\_ Maiden name (if applicable): \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SIN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Day Month Year

Telephone number: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Current address : Village Province Postal Code

For how long have you lived at this address? \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Years Month

\_\_\_\_\_  
Previous address in last 5 years (if applicable)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Driver's license number Class Endorsements Restrictions

Email address: \_\_\_\_\_

**PART 2**

Have you ever or are you part of a volunteer organization? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Type of organization                      Location                      Position                      Length of time  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name of person responsible of organization                      Telephone number

Have you ever or are you part of a fire department? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name of department                      Location                      Position                      Length of time  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name of fire chief                      Telephone number

**PART 3**

**Education :**

Level of education \_\_\_\_\_

If you have taken other courses, please explain :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PART 4**

**Employment:**                      Employed \_\_\_\_\_                      Self-employed \_\_\_\_\_                      Other \_\_\_\_\_

Current employment: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Employment during previous 5 years:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

References from previous 5 years. Employer or acquaintances:  
(name, address, telephone number)

1. Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Postal Code: \_\_\_\_\_ Tel No: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_
2. Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Postal Code: \_\_\_\_\_ Tel No: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_
3. Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Postal Code: \_\_\_\_\_ Tel No: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_

If selected, are you available for calls: Day \_\_\_ Evening \_\_\_ Night \_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

After the initial Firefighter Level 1 training (+/- 150 hours), there will be a minimum of 40 hours of training per year.

Can you commit to this training? Yes \_\_\_ No \_\_\_

***If your application is considered by the fire chief, a meeting with the members of the protection committee will be scheduled.***

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





## ANNEX "B"

### Medical Form

The information contained in this form will be kept confidential and will only be disclosed to the fire chief if deemed necessary and relevant in order to help you perform your duties as a fire fighter.

*This portion to be completed by the applicant:*

Applicant Name: \_\_\_\_\_

Applicant Mailing Address: \_\_\_\_\_

### Expected duties of a firefighter:

- Perform rescue operations and vehicle extrication as directed.
- Possess the physical strength to lay and connect hose, hold nozzles and direct high pressure water streams, raise, climb and work from ladders in high places, and use or operated all equipment associated with the normal and efficient operations associated with the control and extinguishment of fires.
- Possess the ability to work while wearing self-contained breathing apparatus and full protective clothing (50-60 lbs.) in noxious and/or smoke filled environments.
- Be responsible for ventilating buildings or areas to release heat, smoke or fumes, at times from high places and perform overhaul operations to ensure that fires have been completely extinguished.
- Respond to hazardous materials, water and ice, high angle and confined space incidents.
- Drive and/or operate fire vehicles, apparatus, or equipment, as assigned.

### This portion to be completed by your physician (please write legibly):

The above named has been under my care for \_\_\_\_\_ (indicate months or years)

Please identify any medical conditions for which this person has been treated for that may affect his/her ability to successfully perform the duties of a firefighter. (Include physical and psychological illnesses or concerns).

Date	Illness/Injury

As per your professional opinion, is the candidate mentioned above capable of carrying the duties indicated above? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Physician's stamp

(include name & address):

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## ANNEXE "B"

### Formulaire médical

Les informations contenues dans ce formulaire seront gardées confidentielles et seront communiquées au chef pompier que si cela est jugé nécessaire et pertinent afin de vous aider à effectuer vos tâches en tant que pompier.

*Cette partie doit être remplie par le candidat:*

Nom du candidat: \_\_\_\_\_

Adresse du candidat: \_\_\_\_\_

#### Fonctions attendues d'un pompier:

- Effectuer des opérations de sauvetage et de désincarcération de véhicule comme indiqué.
- Avoir la force physique pour déposer et raccorder les tuyaux, tenir les embouts et diriger les cours d'eau de haute pression ; lever, grimper et travailler sur des échelles dans des endroits élevés, et utiliser ou faire fonctionner avec efficacité tous les équipements associés aux opérations normales et aux opérations associées au contrôle et à l'extinction des incendies.
- Avoir la capacité de travailler en soulevant un appareil de protection respiratoire autonome et des vêtements protecteurs (50-60 lb.) dans des environnements toxiques et/ou enfumés.
- Être responsable de l'aération des bâtiments ou des zones pour évacuer la chaleur, de la fumée ou des vapeurs ; effectuer des opérations de révision afin de s'assurer que les feux ont été complètement éteints.
- Réagir aux matières dangereuses, à l'eau et à la glace ; à des incidents de très grande hauteur et dans des espaces confinés.
- Conduire et/ou opérer des véhicules d'incendie, appareils ou équipements qui lui sont assignés.

#### Cette partie doit être remplie par votre médecin (s'il vous plaît, écrire lisiblement):

Le susnommé a été sous mes soins pour \_\_\_\_\_ (indiquer les mois ou les années) s'il vous plaît identifier les conditions médicales pour lesquelles cette personne a été traitée pour qui pourraient affecter son / sa capacité à réaliser avec succès les fonctions d'un pompier. (Inclure les maladies physiques et psychologiques ou vos préoccupations).

Date	Blessure/Maladie

Selon votre opinion professionnel, est-ce que le (la) candidat(e) ci-haut mentionné.(e) serait capable de compléter les fonctions indiquées ci-dessus? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

#### Cachet du médecin

(inclure nom & adresse):

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_