



Médaille de l'Union Départementale de reconnaissance du Bénévolat

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / _____

Adresse : _____

CP : Ville : _____

Tél. domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Grade et fonctions actuelles : _____

Centre de Secours : _____

Services dans les Sapeurs-Pompiers :

Date début	Date fin	Centre de Secours

Fonctions associatives et autres titres :

Date début	Date fin	Fonction

Motif de la proposition : _____

Date de remise souhaitée et à quelle manifestation : ___ / ___ / _____

Signature du Président de l'Amicale :

Signature du Chef de Centre :

Avis de la Commission de l'U.D.S.P. 85 :

Signature du Président de l'U.D.S.P. 85 :

Favorable - Défavorable

Echelon ARGENT – OR

N° phrase :

Signatures des membres de la commission :