

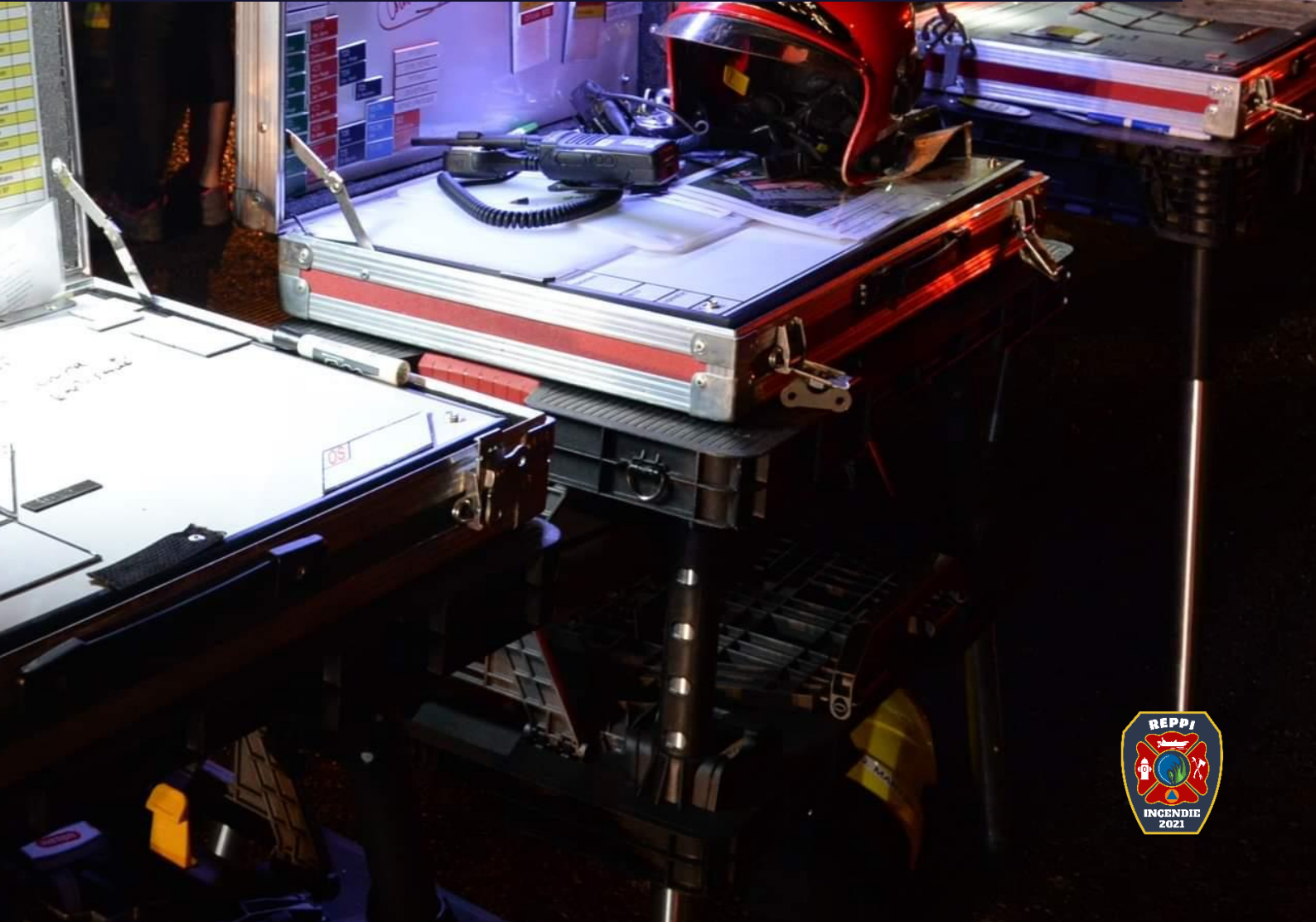


CENTRE DE FORMATION INCENDIE DE PORTNEUF

Officier non urbain

100 rue Paquin
Portneuf, QC G0A 2Y0

418-285-1207
gestion.cfip@reppi.ca



FORMATION OFFICIER NON URBAIN

But du programme

Le programme *Officier non urbain* vise à préparer des pompiers capables d'agir en tant qu'officier dans les villes de 5 000 habitants ou moins. En plus de gérer des interventions, ces officiers doivent effectuer les tâches nécessaires au bon déroulement des activités du service de sécurité incendie.¹

Sommaire du programme

| | |
|--------------------------|--|
| Durée : | 90 heures |
| Condition d'admission : | <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un certificat <i>Pompier I</i> ou être «Réputé Pompier I» ou avoir un DEP en <i>Intervention en sécurité incendie</i>. • Avoir suivi les cours <i>Matières dangereuses- Sensibilisation et Opérations</i> • Avoir un dossier conforme chez le gestionnaire |
| Évaluation : | <ul style="list-style-type: none"> • Un examen théorique • Un examen pratique (oral) |
| Coût : | À partir de 1 800\$ par candidat* |
| Ratio instructeur/élèves | <ul style="list-style-type: none"> • Théorie : Maximum 1/12 • Pratique : 1/6 |
| Certificats : | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Officier non urbain</i> |

*Le prix varie selon le nombre de candidats inscrit par cohorte

Compétences visées

- Gérer une intervention d'urgence
- Organiser les activités d'un service de sécurité incendie
- Promouvoir la santé et la sécurité du travail dans son service
- Représenter son service de sécurité incendie
- Gérer les ressources humaines de son service de sécurité incendie
- Appliquer un processus d'intervention en présence de matières dangereuses
- Intégrer la prévention des incendies dans les activités de son service de sécurité incendie
- Rechercher et établir la cause probable d'un incendie

Répartition des heures du programme

En plus de sa participation aux cours et aux entraînements présentés dans le tableau suivant, l'élève doit prévoir du temps pour faire l'étude personnelle, selon son besoin

| SÉMINAIRE | ATELIER | DURÉE |
|---------------------------------------|--|-------|
| 1. Gestion de l'intervention I | Système de commandement | 4 |
| | Plan d'opération | 4 |
| | Alimentation en eau | 2 |
| | Table de gestion de l'intervention | 5 |
| 2. Organisation du travail | Organisation d'un SSI | 3 |
| | Administration d'un budget | 5 |
| | Dotations de personnel | 3 |
| | Santé et sécurité du travail | 4 |
| 3. Leadership | Leadership | 4 |
| | Communication | 4 |
| | Gestion des ressources humaines | 4 |
| | Formation du personnel | 3 |
| 4. Prévention et matières dangereuses | Gestion de la prévention des incendies | 7 |
| | Gestion d'une intervention impliquant des matières dangereuses | 8 |
| 5. RCI | Recherche des causes et circonstances | 15 |
| 6. Gestion de l'intervention | Mises en situation | 15 |

Pour faire une demande d'inscription

Le candidat et la municipalité qui désirent inscrire un candidat à la formation *Officier non urbain* doivent prendre connaissance des *Conditions d'inscription et d'annulation d'un candidat* de la page 4 et retourner le formulaire de la page 5 signé.

Le candidat ou la municipalité qui désire inscrire un candidat à la formation *Officier non urbain* doit faire parvenir les copies de documents suivants et le formulaire : *Demande d'admission et d'inscription à un cours ou à un programme de qualification professionnelle* (fin du document)

- Copie du permis de conduire
- Copie du relevé de notes du système COBA

Conditions d'inscription et d'annulation d'un candidat

La période d'inscription d'un candidat prend fin 30 jours avant le début prévu de la formation au calendrier. Il est possible d'ajouter un candidat par la suite sous certaines conditions qui seront à discuter avec le gestionnaire. Des frais applicables additionnels de 21.30\$ pour la livraison du matériel de formation vous seront chargés.

Le candidat peut se retirer de la formation sans frais jusqu'à 20 jours avant le début de la formation. Le candidat qui se retire de la formation avant le début prévu au calendrier, mais après la période de 20 jours avant le début de formation sera facturé pour les frais de l'École nationale des pompiers du Québec (ENPQ) ainsi que pour les frais d'administration et d'amélioration des infrastructures.

Les frais facturés pour le retrait à une formation pourront être crédités à condition que le candidat soit inscrit dans une nouvelle cohorte au cours de la même année financière ou la suivante.

Le candidat qui se retire en cours de formation sans raison justifiable mentionnée ci-dessous ne sera ni remboursé ni crédité et devra reprendre la formation du début s'il désire se réinscrire.

- Raisons médicales (certificat médical demandé)
- Entente avec le gestionnaire du cours



Demande d'inscription à une formation du Centre de formation incendie de Portneuf

SECTION 1 : IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU CANDIDAT

| | | | |
|-------------------------------|-------|-------------------------|---------------|
| Nom : | | Prénom : | |
| Code permanent : | | Date de naissance : | |
| N° civique : | Rue : | App ou C.P. : | |
| Municipalité/Ville : | | Province : | Code postal : |
| Téléphone : | | Courrier électronique : | |
| N° de permis de conduire : | | Classe(s) : | |
| Municipalité de l'employeur : | | | |

SECTION 2 : PAIEMENT DES FRAIS RATTACHÉS À LA FORMATION

| Paiement effectué par : | Candidat | Municipalité/Ville | Régie | SSI |
|--|----------|--------------------|-------|-----|
| Si applicable : | | | | |
| N° du bon de commande : | | | | |
| Nom de l'organisation : | | | | |
| Adresse complète de l'organisation : | | | | |
| Nom de la personne responsable : | | | | |
| N° de téléphone de la personne responsable : | | | | |
| Courriel : | | | | |

Je déclare que les renseignements ci-haut sont exacts

J'ai pris connaissance des conditions d'inscription et d'annulation d'un candidat

Signature de la personne responsable : _____ Date : _____

(RÉSERVÉ) Zone partenaire (code) : 03-20

Ce formulaire peut faire l'objet d'une vérification par l'École nationale des pompiers du Québec (ENPQ).
Tout champ manquant rend ce document non conforme. Remplir en caractères d'imprimerie.

SECTION 1 : IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU CANDIDAT

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| Nom de famille : | | Prénom(s) usuel(s) : | |
| Code permanent : | | Date de naissance : (JJ-MM-AAAA) | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Adresse du lieu de résidence permanent | | | |
| N° civique : | Rue : | App. : | C.P. ou succursale ou route rurale : |
| Municipalité/Ville : | | Province : | Code postal : |
| Téléphone domicile : | Cellulaire : | Téléphone travail : | Poste : |
| IMPORTANT : Indiquer lisiblement votre courrier électronique afin que nous puissions communiquer avec vous. | | Courrier électronique : | |
| N° de permis de conduire : | Classe(s) : | Responsable de la formation (SSI) : | |
| Statut d'emploi dans un service de sécurité incendie et autorisation du candidat (cocher les cases appropriées) | | | |
| MRC de l'employeur : | | Municipalité de l'employeur : | |
| <input type="checkbox"/> Pompier | <input type="checkbox"/> Officier | <input type="checkbox"/> Directeur | |
| <input type="checkbox"/> Volontaire | <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> Permanent | <input type="checkbox"/> Non embauché |
| Employeur admissible au Programme d'aide financière : | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. |
| <input type="checkbox"/> Je déclare que les renseignements ci-haut sont exacts. | | | |
| <input type="checkbox"/> J'autorise l'ENPQ à transmettre les informations contenues dans mon dossier au ministère de la Sécurité publique (MSP) dans le cadre du Programme d'aide financière pour la formation des pompiers volontaires ou à temps partiel. | | | |
| <input type="checkbox"/> J'autorise l'ENPQ à transmettre les informations contenues dans mon dossier (notamment nom, prénom, code permanent, numéro de permis de conduire, confirmation de la réussite de la formation pompier, MRC et municipalité de mon employeur ainsi que mon statut d'emploi lors de la formation Règles d'utilisation du feu vert clignotant) à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) en vue de permettre l'émission de mon certificat d'autorisation pour utiliser le feu vert clignotant. Le refus de cette autorisation pourrait entraîner l'obligation pour le pompier, qui demande l'émission d'une autorisation pour utiliser un feu vert clignotant, de faire la démonstration de sa réussite de la formation Règles d'utilisation du feu vert clignotant autrement à la SAAQ. | | | |
| <input type="checkbox"/> Conformément à la <i>Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels</i> , j'autorise <u>03-20 VALERIE VEILLETTE</u> (gestionnaire de la formation) à transmettre au responsable de la formation de mon service de sécurité incendie et à l'ENPQ l'information requise à la gestion de mon dossier académique, pour la mise à jour et le suivi de ma formation. Les renseignements incluent, sans s'y restreindre : nom, prénom, adresse complète, code permanent, numéros de téléphone, bulletins scolaires, résultats d'examen, rapport des présences au cours, certificat médical attestant d'une bonne santé et certificat de naissance ou copie certifiée conforme du permis de conduire ou de la carte d'assurance maladie du Québec. | | | |
| Signature du candidat | | Date | |

SECTION 2 : CHOIX DES PROGRAMMES ET DES COURS (cocher la formation et la langue d'enseignement désirées)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Pompier I</i> (inclut : <i>Matières dangereuses - Sensibilisation, Prévention des impacts psychologiques – Pompier et intervenants, Matières dangereuses – Opération et Autosauvetage</i>) |
| <input type="checkbox"/> <i>Pompier I – Autochtones du Qc</i> (inclut : <i>Matières dangereuses - Sensibilisation, Prévention des impacts psychologiques – Pompier et intervenants, Matières dangereuses – Opération et Autosauvetage</i>) |
| <input type="checkbox"/> <i>Pompier II</i> (inclut : <i>Désincarcération</i>) |
| <input type="checkbox"/> <i>Officier non urbain</i> (inclut : <i>Recherche des causes et des circonstances d'un incendie</i>) |
| <input type="checkbox"/> <i>Prévention des impacts psychologiques – Pompier et intervenants</i> (Hors programme) |
| <input type="checkbox"/> <i>Matières dangereuses – Sensibilisation</i> (Hors programme) |
| <input type="checkbox"/> <i>Matières dangereuses - Opération</i> (Hors programme) |
| <input type="checkbox"/> <i>Autosauvetage</i> (Hors programme) |
| <input type="checkbox"/> <i>Désincarcération</i> (Hors programme) |
| <input type="checkbox"/> <i>Intervention en présence de gaz inflammables</i> (Hors programme) |
| <input type="checkbox"/> <i>Opérateur d'autopompe</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Opérateur de véhicule d'élévation</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Sécurité des intervenants lors d'interventions impliquant des véhicules électriques, hybrides et à pile à combustible</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Règles d'utilisation du feu vert clignotant</i> |
| Langue d'enseignement : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |

SECTION 3 : PAIEMENT DES FRAIS RATTACHÉS À L'INSCRIPTION AU(X) PROGRAMME(S) ET/OU AU(X) COURS DEMANDÉ(S) À LA SECTION 2

A) Paiement effectué par le candidat – Autorisation de paiement par carte de crédit. Les chèques personnels ne sont pas acceptés.
IMPORTANT : Le montant que vous autorisez à débiter sur votre carte de crédit doit **inclure les taxes.**

| | |
|--|--|
| Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard | N° de carte de crédit : |
| Date d'expiration (MM-AA) : | Code CSC (numéro de contrôle de 3 chiffres au dos de la carte) : |
| Nom tel qu'il est indiqué sur la carte : | |
| Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. | |
| AUTORISATION – J'autorise l'ENPQ à débiter ma carte de crédit de _____ \$ CA | |
| Signature du titulaire de la carte de crédit _____ | Date _____ |

B) Paiement effectué par la municipalité, la régie intermunicipale ou le service de sécurité incendie, par bon de commande

| | |
|--|---------------------|
| N° du bon de commande : | |
| Nom de l'organisation : | |
| Adresse complète : | |
| Nom de la personne responsable : | |
| N° de téléphone : | N° de télécopieur : |
| Courriel : | |
| Signature de la personne responsable _____ | Date _____ |

SECTION 4 : RÉSERVÉ AU RESPONSABLE DE LA FORMATION

| |
|--|
| |
| |
| |