



# SCHUTZ & RETTUNG KONOLFINGEN

## EINTRITTSFORMULAR FEUERWEHR KONOLFINGEN

Bitte vorliegendes Formular für einen Beitritt zur Jugendfeuerwehr ausfüllen:

Anrede: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer (AHV): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kursaufgebote erfolgen ausschliesslich über dem hier angegebenen Mail.

Bisherige Einteilung und Dienstgrad:

Feuerwehr: \_\_\_\_\_

Militär/Zivilschutz: \_\_\_\_\_

Verfügbarkeit:  Tag (06:00 -18:00 Uhr) und/oder  Nacht (18:00 – 06:00 Uhr)

Holzerkurs:  Ja, welchen \_\_\_\_\_  Nein

Ich stimme zu, dass die Feuerwehr Konolfingen die angegebenen Daten zu Zwecken der Organisation und Kontaktierung verwenden darf.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotoaufnahmen von Übungen und Einsätzen für die Gemeinde Konolfingen u.a. für die Webseite Konolfingen und für die Feuerwehr Konolfingen benutzt werden dürfen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Dienstleistende/r: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben auf Seite 2!**

**Einzusenden an: Feuerwehr Konolfingen, Bernstrasse 29, 3510 Konolfingen oder  
feuerwehr@konolfingen.ch**

**Fahrberechtigung**

Fahrzeugart	Details Fahrzeugart	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Fahrzeug > 3.5t	C1 118 / C	
<input type="checkbox"/> Teleskoplader	R4	
<input type="checkbox"/> Fahrzeug < 3.5t	B	

**Untersuchung**

Bezeichnung	letzte Untersuchung	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> 12 Minutenlauf		
<input type="checkbox"/> Arztuntersuch Motorfahrer (C/C1)		
<input type="checkbox"/> Arztuntersuch Atemschutz		
<input type="checkbox"/> Leistungstest AS		

**Funktion**

Hauptfunktion \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beförderung**

Datum	Dienstgrad	Datum	Dienstgrad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Arbeitgeber**

Firma	Vorname, Name	Adresse	Telefon	Position / Vorgesetzter
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Notfalladressen (ICE)**

Typ	Vorname, Name	Adresse	Telefon
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Sold**

Finanzinstitut \_\_\_\_\_

Instituts-ID \_\_\_\_\_

Konto-Nr. / IBAN \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_