



**SAPEURS-POMPIERS  
AUBE**

SERVICE DEPARTEMENTAL  
D'INCENDIE ET DE SECOURS DE  
L'AUBE

## CONVENTION EMPLOYEUR / SDIS

**AUTORISATION D'ABSENCE DU SALARIE  
PENDANT UNE ACTION DE FORMATION  
ORGANISEE PAR LE SDIS DE L'AUBE**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Grade Nom Prénom      |  |
| CIS appartenance      |  |
| Stage                 |  |
| Numéro                |  |
| Date                  |  |
| Lieu                  |  |
| Durée de la formation |  |

Nom de l'employeur : .....

Personne à contacter : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune .....

Téléphone ..... / ..... / ..... / ..... Email : ..... @ .....

- ☐ Prise en charge totale de la durée de la formation
- ☐ Prise en charge partielle à hauteur de ..... jours

A ..... le .....

Signature et cachet de l'employeur

### Cadre réservé aux services du SDIS DE L'AUBE

VOLONTARIAT

FORMATION

- ☐ convention
- ☐ subrogation
- ☐ mécénat

Cet imprimé est à adresser au :  
SDIS-groupement territoire-service volontariat : [franck.terrryn@sdis10.fr](mailto:franck.terrryn@sdis10.fr)