

Lycée Professionnel Maritime

www.lyceemaritime-boulogne.com

6 rue Georges Honoré 62480 Le Portel









DOSSIER D'INSCRIPTION

Certification Matelot Pont -nombre de places limitées-

| Merci de cocher les modules pour <u>UCEM Nantes</u>) : | lesquels vous souhaitez être inscrit <i>(référentiels disponibles sur le <u>site internet</u></i> |
|--|---|
| ☐ Module P1-Appui (Navigation) | |
| ☐ Module P2-Appui (Manutention e bord) | t arrimage de la cargaison, contrôle de l'exploitation du navire et assistance aux personnes à |
| ☐ Module P3-Appui (Contrôle de l'ex☐ Module NP-Appui (Module nation | xploitation du navire et assistance aux personnes à bord, entretien et réparation) al pont) |
| Pour les formations spécifiques d'inscription auprès de notre étab | (CFBS, CSS, CAEERS, Navire à Passagers, etc), merci de retirer un dossier lissement. |
| | |
| E Le dossier complet | doit obligatoirement nous être retourné au minimum |
| 15 jours avant l'entré | e en formation afin de valider votre inscription. |
| | |
| | |
| Etat civil : | |
| | |
| Nom : | |
| Nom : Prénoms : | |
| Nom : Prénoms : Date de naissance : | |
| Nom : Prénoms : Date de naissance : Nationalité : | Lieu de naissance : |
| Nom: Prénoms: Date de naissance: Nationalité: Département: | Lieu de naissance : |
| Nom: | Lieu de naissance : |
| Nom: Prénoms: Date de naissance: Nationalité: Département: Adresse principale: Code postal: | Lieu de naissance : |
| Nom: | Lieu de naissance : |
| Nom : Prénoms : Date de naissance : Nationalité : Département : Adresse principale : Code postal : Ville : Téléphone : | Lieu de naissance : |
| Prénoms : | Lieu de naissance : Pays : Portable : |

| Situation familiale : célibataire □ marié □ divorcé □ veuf □ Enfants : OUI □ NON □ |
|--|
| Numéro de sécurité sociale : |
| Date de sortie du système scolaire : |
| |
| Si vous êtes demandeur d'emploi, veuillez nous indiquer : |
| Numéro de demandeur d'emploi : |
| Date d'inscription à Pôle Emploi : |
| Dans quelle agence Pôle Emploi êtes-vous inscrit : |
| |
| Si vous êtes salarié, veuillez nous indiquer : |
| Nom de l'employeur : |
| Adresse complète : |
| Téléphone : |
| |
| PIECES A FOURNIR (obligatoire): |
| Dourtous |
| Pour tous: |
| ☐ Copie de la carte nationale d'identité recto / verso ou carte de séjour <u>en cours de validité</u> |
| ☐ Certificat médical* de <u>moins d'un an</u> émanant du Service de Santé des Gens de Mer |
| *Pour les rendez-vous, veuillez-vous rapprocher par exemple des centres de : |
| Boulogne sur mer : 92, Quai Léon Gambetta. (03.61.31.33.10) / Dunkerque : 257, Rue de l'Ecole maternelle. (03.28.24.44.11) |
| ☐ Cerfa n°15580*01 « Demande d'inscription à une formation maritime modulaire et à sa session d'évaluation » |
| ☐ Attestation de natation 50 mètres |
| ☐ 1 Photo d'identité (inscrire nom et prénom au dos) - dépôt sur place possible le 1 ^{er} jour de formation |
| ☐ Copie des diplômes |
| □ RIB |
| ☐ Caution de 50€ (chèque de préférence ou en espèces) pour le prêt du matériel (règle CRAS, compas, carte marine, |
| calculatrice) - dépôt sur place possible le 1 ^{er} jour de formation |
| Pour les personnes en financement Région : |
| ☐ Justificatif d'inscription à Pôle emploi |
| ☐ Attestation de Sécurité sociale |
| ☐ Fiches de salaire et/ou certificat de travail (pour les personnes ne percevant pas d'allocation Pôle Emploi) |
| □ cv |
| ☐ Lettre de motivation |
| ☐ Justificatif de domicile |
| |

| SITUATION PENDANT LA FORMATION : | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| ☐ Rémunérati | on: | | | | | |
| 0 | Région (ASP) (en cas de non perception d'allocation Pôle Emploi ou autre – voir secrétariat) | | | | | |
| 0 | Pôle Emploi (Allocation ARE) | | | | | |
| 0 | Salarié | | | | | |
| 0 | Transition Pro | | | | | |
| 0 | Autres (préciser) | | | | | |
| ☐ Financemer | nt de la formation : | | | | | |
| 0 | Personnel | | | | | |
| 0 | Employeur | | | | | |
| 0 | Transition Pro (ex Fongecif, voir avec l'employeur) | | | | | |
| 0 | OPCA (précisez le nom de l'organisme) : | | | | | |
| 0 | Région (être demandeur d'emploi et sorti du système scolaire depuis 1 an si diplôme acquis) | | | | | |
| 0 | Autres (préciser): | | | | | |
| | | | | | | |
| CURSUS PROFE | SSIONNEL: | | | | | |
| | t que demandeur d'emploi, avez-vous déjà suivi des formations ? OUI NON Squelles ? (Précisez les dates de début et de fin de formation) | | | | | |
| | ous déjà travaillé ? OUI | | | | | |
| | ous déjà navigué ? OUI NON ON ON ON ON ON ON ON ON | | | | | |
| o Quelle: | s sont vos attentes vis à vis de la formation ? | | | | | |
| NOM, PRENON | Л, DATE ET SIGNATURE DU STAGIAIRE : | | | | | |

FORMULAIRE D'AUTORISATION **DU DROIT A L'IMAGE ET PROTECTION DES DONNEES**

| Je soussigné(e) stagiaire au Lycée Maritime de Boulogne-sur-Mer / Le Portel, |
|---|
| Cocher la case correspondante à votre choix |
| ☐ Accorde à l'Etablissement, la directrice et toute personne agissant avec leur autorisation, la permission de publier toutes le photographies ou images prises dans un cadre pédagogique durant la session de formation professionnelle (cours théoriques e pratiques, sorties en mer etc). |
| Ces images peuvent être utilisées sous quelque forme que ce soit y compris sur le site internet du Lycée et les pages sur réseaux sociaux. |
| Je m'engage à ne pas tenir responsable le photographe ainsi que la directrice du Lycée Maritime, le coordinateur de la formation continue et toute personne agissant avec leur autorisation, sur ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de l'utilisation des photographies ou images. |
| □ N'accorde pas au Lycée Maritime l'utilisation de mon image dans ses publications. |
| □ Accepte que le LPM enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce dossier ou dans le documents remis. Je prends note que le traitement de mes données répond au(x) finalité(s) suivante(s) : l'inscription à la formation à la session d'examen. |
| ☐ Accepte que certaines de ces informations soient communiquées à des tiers extérieurs agissant pour le compte ou en lien avec le LPM dans le respect des finalités précédemment énoncées. Il convient de noter que vos données ne seront pas transmises à des fins commerciales. |
| Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire scolaire sauf si : |
| Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ; Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligationlégale ou réglementaire. |
| Vous disposez d'un droit d'accès à toutes les données à caractère personnel recueillies dans le cadre ce formulaire ou dans les documents remis. Vous disposez également d'un droit de retrait de votre consentement à tout moment, de rectification, d'opposition, de restitution etde suppression de vos données en faisant votre demande auprès du service Formation Continue du LPM |
| Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la CommissionNationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr). |
| A défaut de consentement quant à la collecte et au traitement de vos données, la Commune ne sera pas en mesure de traiter votre demande. |
| Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon nom propre. |
| Fait à le Portel, le |
| (Signature précédée de la mention « lu et approuvé ») |

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER

BOULOGNE-SUR-MER 92, quai Léon Gambetta : Tél : 03.61 31 33 10 puis Choix n°1

Mail: ssgm-boulogne.dirm-memn@developpement-durable.gouv.fr

DUNKERQUE 20 rue de Lhermitte : Tél : 03.28.24.44.11

Mail: ssgm-dunkerque.dirm-memn@developpement-durable.gouv.fr

Avant de prendre rendez-vous auprès du médecin des gens de mer, il faut IMPERATIVEMENT obtenir un numéro d'identification de marin provisoire. Pour cela, vous devez contacter le service de la DDTM (affaires maritimes) :

 N° de marin provisoire : **

<u>Pour le département du Pas-de-Calais :</u> ddtm-mouvements@pas-de-calais.gouv.fr : joindre une copie de la carte d'identité recto-verso et un justificatif de domicile de moins de 3 mois.

Pour le département du nord : ddtm-gensdemer@nord.gouv.fr : joindre une copie de la carte d'identité recto-verso et un justificatif de domicile de moins de 3 mois.

La prise de rendez-vous avec le service santé des gens de mer pour la première visite médicale d'inscription doit obligatoirement se faire par mail ou appel téléphonique (ne pas prendre rendez-vous sur le portail du marin au risque que ce dernier soit annulé).

Service Boulogne-Sur-Mer: ssgm-boulogne.dirm-memn@developpement-durable.gouv.fr

Service Dunkerque : ssgm-dunkerque.dirm-memn@developpement-durable.gouv.fr

Pour le rendez-vous avec le médecin des gens de mer, merci de vous munir des documents suivants :

- · Carnet de santé
- Carte vitale ou document mentionnant votre numéro de sécurité sociale
- Justificatif de la vaccination diphtérie tétanos polio (DTP) à jour (carnet ou certificat de vaccination)
 - Si vous avez en votre possession des résultats d'analyse de sang.
- Si vous avez besoin d'une correction visuelle : ne pas oublier vos lunettes. Si vous portez des lentilles, prévoyez le nécessaire pour les retirer et les remettre en place après l'examen de votre acuité visuelle.

- Si vous avez subi des interventions chirurgicales tout document comme : compte-rendu d'intervention, radios, bilan sanguin, etc...
 - Si vous consultez régulièrement le médecin : un double des ordonnances et/ou un compte rendu du suivi par médecin traitant ou spécialiste.
 - Et/ou tout document relatif à une maladie présente ou passée.

Vous avez l'obligation de déclarer vos antécédents médicaux et chirurgicaux- arrêté du 16/04/1986. La non révélation de problème de santé peut conduire à la remise en question de l'aptitude médicale à la navigation.

| Rendez-vous le : |
|------------------------------------|
| à |
| NOM: |
| PRENOMS: |
| NE(E) LE: |
| à : |
| ADRESSE |
| |
| CP: |
| N° D'INSEE Si vous en avez un : : |
| NOM DU MEDECIN TRAITANT ET ADRESSE |
| |
| N° de marin provisoire : ** |



Demande d'inscription à une formation professionnelle maritime modulaire et à sa session d'évaluation



Ministère chargé de la mer

Arrêté du 12 août 2015 (JO du 22 août 2015)

| Date de dépôt | t/ réception — — — — | | Cadre rése Numéro | | Iministration istrement | | D(| ossier co | mplété le — — – | |
|--|---------------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------------|----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| 1. Renseignements et coordonnées du candidat (1) | | | | | | | | | | |
| Nom | | | | | Prénom (s) | | | | | |
| Date de naissance | | | | | Sexe | н [| כ | F | | |
| Nationalité | Française | | Union européen | ne/EEE | | Hors u | nion europ | éenne | | |
| N°d'identification | | | | | | | | | | |
| Adresse | | 5 J | | T | | | | | | |
| N° voie | Extension Type de voie | | | | | | | | | |
| Nom de voie | Lieu-dit ou boite postale | | | | | | | | | |
| Code postal | Localité Nº de télécorie | | | | | | | | | |
| N° de téléphone Adresse e-mail | N° de télécopie | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 2. Prestataire de | e formatio | n (1) | | | | | | | | |
| Dénomination | | | | | | | | | | |
| 3. Formation ma | odulaire d | lema | ndée (1) | | | | | | | |
| Sélectionnez la formation | on | | | | | | | | | |
| 3.1 Je m'inscris à l'e | ensemble de | s modu | ules de la sessior | n d'évalu | ation | | | | | |
| 3.2 Je ne m'inscris pas à l'ensemble des modules de la session d'évaluation | | | | | | | | | | |
| Sélectionnez un module | | | | | | | | | | |
| Sélectionnez un module Sélectionnez un module | | | | | | | | | | |
| Sélectionnez un module | | | | | | | | | | |
| 4. Aménageme | | | | | | | | | | |
| Je demande à bén | | | • | | preuves en | aualité | de candid | lat handi | icapé | |
| 5. Pièces à four | | | | | | | | | | |
| La liste des pièces à | | détaillé | e dans la notice | d'inform | ation. | | | | | |
| 6. Engagement | | | | | | | | | | |
| | | | | ts fournis | ci-dessus et | t déclar | e avoir pris | connais | sance des | |
| Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des conditions réglementaires requises pour l'inscription : | | | | | | | | | | |
| à la formation profe | | | | nandée | | | | | | |
| à la session d'évaluation modulaire demandée | | | | | | | | | | |
| Fait à : | | | | | | | | | | |
| Signature du dema | ndeur | | | | | | | | | |

(1) Voir la notice d'information

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez vous adressez au service instructeur.