

Lycée Professionnel Maritime

6 rue Georges Honoré

62480 Le Portel

Tél : 03 91 90 00 90

Mail : fc-lycee-maritime-boulogne@developpement-durable.gouv.fr

www.lyceemaritime-boulogne.com



Cofinancé par l'Union européenne



Qualiopi

DOSSIER D'INSCRIPTION

Certification Matelot Pont

-nombre de places limité-

Cadre réservé à l'Administration

Merci de cocher les modules pour lesquels vous souhaitez être inscrit (*référentiels disponibles sur le [site internet UCEM Nantes](#)*) :

- Module P1-Appui (Navigation)
- Module P2-Appui (Manutention et arrimage de la cargaison, contrôle de l'exploitation du navire et assistance aux personnes à bord)
- Module P3-Appui (Contrôle de l'exploitation du navire et assistance aux personnes à bord, entretien et réparation)
- Module NP-Appui (Module national pont)

☞ *Pour les formations spécifiques (CFBS, CSS, CAEERS, Navire à Passagers, etc), merci de retirer un dossier d'inscription auprès de notre établissement.*

☞ Afin de pouvoir prendre en compte votre candidature, ce dossier d'inscription doit obligatoirement nous être retourné COMPLET dès que possible.

Etat civil :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Département : Pays :

Adresse principale :

Code postal :

Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse mail :

Numéro de Marin : Quartier :

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 :

Percevez-vous des droits : OUI NON Jusque quelle date :

Si vous êtes salarié, veuillez nous indiquer :

Nom de l'employeur :

Adresse complète :

Téléphone : @ :

PIECES A FOURNIR (obligatoire):

Pour tous :

- Copie de la carte nationale d'identité recto / verso ou carte de séjour en cours de validité
- Certificat médical* de moins d'un an 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 :

Rémunération :

- Région (ASP) (*en cas de non perception d'allocation Pôle Emploi ou autre – voir secrétariat*)
- Pôle Emploi (Allocation ARE)
- Salarié
- Transition Pro
- Autres (*préciser*)

Financement de la formation :

- Personnel
- Employeur
- Transition Pro (*ex Fongecif, voir avec l'employeur*)
- OPCA (*précisez le nom de l'organisme*) :
- Région (*être demandeur d'emploi et sorti du système scolaire depuis 1 an si diplôme acquis*)
- Autres (*préciser*) :

CURSUS PROFESSIONNEL:

- En tant que demandeur d'emploi, avez-vous déjà suivi des formations ? OUI NON
Si oui, lesquelles ? (Précisez les dates de début et de fin de formation)

- Avez-vous déjà travaillé ? OUI NON
Si oui, quelles sont vos expériences professionnelles ?

- Avez-vous déjà navigué ? OUI NON
Si oui, sur quels types de navire ?

- Quelles sont vos attentes vis à vis de la formation ?

NOM, PRENOM, 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(les) case(s) correspondant à votre(vos) choix :

Accorde à l'Etablissement, la directrice et toute personne agissant avec leur autorisation, la permission de publier toutes les photographies ou images prises dans un cadre pédagogique durant la session de formation professionnelle (cours théoriques et 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 le directeur du Lycée Maritime 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 les 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 obligation légale 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 et de 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 Commission Nationale 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 »)

NUMERO DE MARIN PROVISOIRE : étape 1

Avant de prendre rendez-vous auprès du médecin des Gens de Mer, vous devez obtenir un numéro de marin provisoire qui est composé de 2 étoiles et 5 chiffres : exemple **12345.

Pour cela, vous devez contacter le service Navigation Gens de Mer de la Direction Départementale des Territoires et de la Mer du département de votre lieu de résidence.

Pour le département 59 : ddtm-gensdemer@nord.gouv.fr

Vous devez joindre à votre demande, les documents suivants :

- copie de votre pièce d'identité en cours de validité (carte identité recto-verso ou passeport),
- copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, téléphone, quittance de loyer...).

Pour les départements 62 et 80 la demande est à compléter sur le site de la Préfecture du Pas-de-Calais :

<https://www.pas-de-calais.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Mer-littoral/Gens-de-mer-et-navigation-professionnelle/Gens-de-mer-et-navigation-professionnelle>

Le service reste joignable à l'adresse suivante : ddtm-mouvements@pas-de-calais.gouv.fr

En retour vous obtiendrez votre numéro de marin composé de 2 étoiles et 5 chiffres :

— — — — —

PRISE DE RENDEZ-VOUS POUR L'APTITUDE MEDICALE : étape 2

Pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin des gens de mer, vous devez contacter le Service de Santé des Gens de Mer du département de votre lieu de résidence **en communiquant le numéro de marin provisoire** :

Pour les départements 62 et 80 :

92, quai Léon Gambetta

Tél : 03.61 31 33 10 puis Choix n°1

62200 BOULOGNE-SUR-MER

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

Pour le département 59 :

20, rue Lhermitte

Tel : 03.28.24.44.11

59140 DUNKERQUE

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

Date de la visite médicale : __ __ / __ __ / 2024

RENDEZ-VOUS POUR L'APTITUDE MEDICALE : étape 3

Le jour du rendez-vous, vous devez vous présenter muni des documents suivants :

- **Carnet de santé**
- **Justificatif de la vaccination diphtérie tétanos polio (DTP) à jour (carnet ou certificat de vaccination)**
- Carte vitale ou document mentionnant votre numéro de sécurité sociale
- **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 votre médecin traitant ou un 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.

Conformément à l'arrêté du 16 avril 1986 modifié 2015 relatif aux conditions d'aptitude physique à la profession de marin, à bord des navires de commerce, de pêche et de plaisance, nous vous informons qu'il pourra être réalisé, lors des visites d'aptitudes, un test de dépistage urinaire aux substances psycho actives.

NOM : **PRENOMS** : **N° provisoire** : **

NE(E) LE : **A** :

ADRESSE :

CP : **VILLE** :

TEL FIXE :/...../...../...../...../ ET TEL **PORTABLE** :/...../...../...../...../

N° Sécurité Sociale :

NOM DU MEDECIN TRAITANT ET ADRESSE :

SSCM de : _____ Date de l'examen : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Né à _____ Le : _____

Adresse _____

Tel : _____ CP : _____ Ville : _____

Inscrit à _____ Matricule : _____

Renseignements personnels

Avez-vous déjà été examiné par un Médecin des Gens de Mer

oui non Si oui => Où ? Quand ?

Niveau scolaire et formation professionnelle :

.....

 - J'ai des difficultés pour lire ... oui / non (entourer la bonne réponse)

oui / non si oui, explication et date :

Avez-vous une anomalie de la vision	
Portez-vous des lentilles cornéennes	
Avez-vous été opéré des yeux	
Avez-vous subi d'autres interventions	
Avez-vous une anomalie auditive	
Avez-vous un traitement en cours	
Avez vous déjà été hospitalisé	
Êtes vous suivi par un médecin	
Avez vous des séquelles d'accident	
Avez-vous été traité longtemps ou plusieurs fois pour une même maladie	
Avez-vous déjà utilisé des drogues	

Si vous avez déjà travaillé :

Différents postes occupés précédemment : _____
 Poste _____

Année(s) : _____

Dans votre travail, avez-vous déjà été exposé(e) :

Cocher la bonne case : 0 = jamais /// + = un peu /// ++ = beaucoup	0	+	++
Au bruit			
A de l'amiante			
A des radiations ou des rayonnements			
A des vibrations			
A des lumières inhabituelles (soudure, projecteurs, écran,...)			
A de la poussière ou à des allergènes			
A des produits pétroliers			
A des produits chimiques			
A des températures élevées (plus de 24°C)			
A des températures basses (moins de 15°C)			
A un milieu humide			
A une posture inconfortable ou des gestes répétés rapidement			

- Avez-vous déjà été déclaré inapte à un poste de travail ou un métier?oui non
- Avez-vous déjà eu un accident de travail ou une maladie professionnelle ?... oui.....non
- Vous a-t-il été reconnu un taux d'incapacité, une invalidité?oui.....non

Si oui, expliquer : _____ (entourer la bonne réponse)

Antécédents - si oui, expliquer => ...

(entourer la bonne réponse)

Êtes vous allergique :

- Aux poils, plumes, pollens, poussières, acariens (Asthme ou Rhinite)
- A la PENICILLINE, l'ASPIRINE, à l'Iode ou à un autre médicament

oui non
oui non

Êtes vous soigné ou avez vous été soigné pour :**Maladies ORL et pulmonaires :**

- Sinusite, otite, perforation des tympans
- Tuberculose ou primo infection
- Bronchite, pleurésie, asthme

oui non
oui non
oui non

Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang :

- Hypertension artérielle
- Atteinte du cœur (angine poitrine, infarctus, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, maladie des valves du cœur, péricardite ou autre ...)
- Des artères (artérite, pontage, stent...) les veines (phlébites, varices...)
- Anémie ou autre maladie du sang, atteinte des ganglions

oui non
oui non
oui non
oui non

Maladies de l'appareil digestif :

- Reflux oesophagien, oesophagite, gastrite, ulcère à l'estomac
- Maladie du foie et de la vésicule (Hépatite, jaunisse, Cirrhose, calculs)
- Maladies de l'intestin (Colite, Diverticules...)
- Hernies (inguinales ou autres, éventration)

oui non
oui non
oui non
oui non

Maladies métaboliques :

- Un diabète (y compris sucre dans les urines)
- Trop de cholestérol, triglycérides, acide urique
- Un excès de poids, une obésité
- Une maladie de la glande thyroïde ou autre

oui non
oui non
oui non
oui non

Atteinte des os, de la colonne vertébrale et des articulations

- Fractures, luxations, en avez vous des séquelles
- Scolioses, séquelles d'accident ou de traumatisme
- Hernie discale (opérée ou non)
- Douleurs articulaires, Lombalgies, Sciatiques

oui non
oui non
oui non
oui non

Maladies urinaires et génitales :

- Albumine, sang ou sucre dans les urines
- Calculs urinaires, coliques néphrétiques
- Maladie des reins, insuffisance rénale
- Maladie des organes génitaux, accouchements difficiles

oui non
oui non
oui non
oui non

Maladies neurologiques et psychiques :

- Épilepsie, convulsions, méningite
- Malaises, pertes de connaissance, traumatismes crâniens, paralysies
- Un traitement pour le sommeil, la nervosité, l'anxiété, la dépression
- Avez vous été suivi ou traité pour addiction (drogue, alcool...)
- Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un psychiatre

oui non
oui non
oui non
oui non
oui non

Autre maladie non citée plus haut :

si oui, laquelle :

oui non

Dans votre famille, (Père, Mère, Gd-père, Gd-mère, Frères, Sœurs...)**y a-t-il eu des cas de :**

- Mort subite, Infarctus jeune (à quel âge ?)
- Hypertension artérielle
- Accident vasculaire cérébral
- Diabète
- Cancer (de quoi ?)
- Dépression nerveuse, anxiété, traitement psychiatrique, suicide

oui non nsp
oui non nsp
oui non nsp
oui non nsp
oui non nsp
oui non nsp

(nsp = ne sait pas)

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions (recto/verso)

Date :

Signature :

adresse mail :

@

Si le candidat est mineur, qui est le responsable légal ?

Qualité (père, mère ou autre) :

Nom :

Prénom :



Service de Santé des Gens de Mer

Le Service de Santé des Gens de Mer a mis en place l'informatisation du fichier médical des marins.

Cette informatisation a pour but de faciliter l'accès du médecin des gens de mer à votre fiche médicale, **mais surtout** de permettre au **Centre de Consultations Médicales Maritimes (CCMM)** de Toulouse d'avoir accès à votre dossier lors d'une téléconsultation médicale si vous êtes victime d'un accident ou d'une maladie à bord, **dans le but d'améliorer votre sécurité médicale en mer.**

Le droit d'accès aux informations contenues dans ce fichier s'exerce dans les conditions prévues par la loi sur l'Informatique et les Libertés (CNIL). Les demandes de modification des données administratives peuvent s'exercer auprès de :

**Monsieur le médecin
Chef du Service de Santé des Gens de Mer
DGITM/DAM/SSGM
Tour Séquoia
92055 La Défense cedex**

Les informations à caractère médical sont la propriété du SSGM et peuvent vous être communiquées directement ou à un professionnel de santé nommé désigné par vous.

Conformément à la déontologie médicale, ces informations ne peuvent être connues que du personnel médecin et infirmier du SSGM et du médecin régulateur du CCMM qui traite l'appel d'urgence du navire sur lequel vous êtes embarqué.

.....
Je soussigné(e) :

NOM : Prénom : N° identification :

Reconnais avoir été informé(e) de l'informatisation du fichier médicale des marins (arrêté du 5 avril 2000) et de la possibilité d'effectuer ma visite médicale annuelle dans l'ensemble des services de santé des gens de mer.

L'accès à mon dossier médical est ouvert à tous les médecins des services de santé des gens de mer et au médecin régulateur du CCMM de Toulouse en cas de consultation télé-médicale dans le respect de la déontologie médicale.

Fait à : le Signature

Service de Santé des Gens de Mer de Boulogne sur Mer

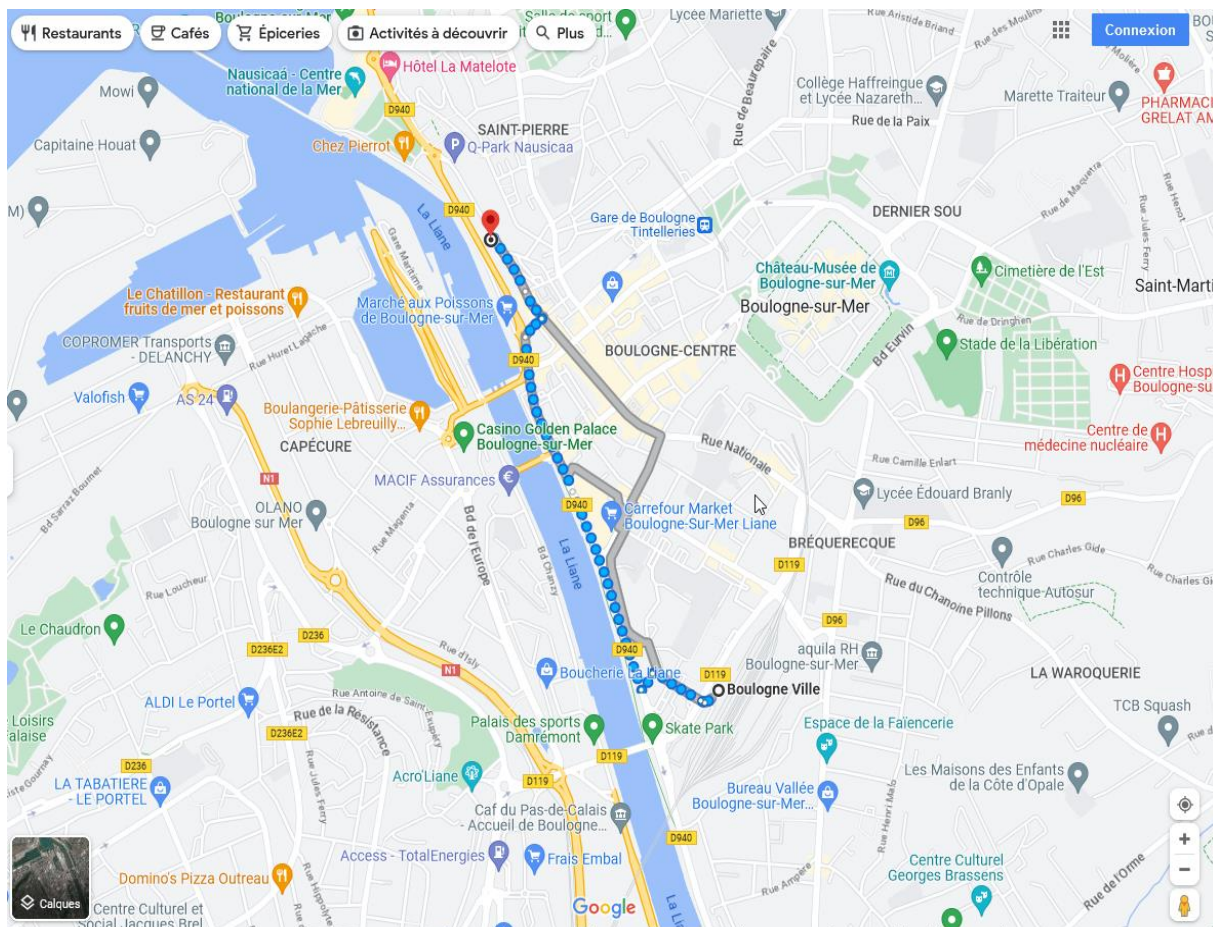
92 quai Gambetta

BP 629 62321 BOULOGNE SUR MER

03 61 31 33 10 puis choix n°1

Interphone : Appel n°1

Ouvert au public du lundi au vendredi de 9h à 17h



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/ réception	Cadre réservé à l'administration Numéro d'enregistrement	Dossier complété le
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Renseignements et coordonnées du candidat (1)

Nom	<input type="text"/>	Prénom (s)	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Sexe	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nationalité	Française <input type="checkbox"/> Union européenne/EEE <input type="checkbox"/> Hors union européenne <input type="checkbox"/>		
N° d'identification	<input type="text"/>		
Adresse			
N° voie	Extension <input type="text"/>	Type de voie	<input type="text"/>
Nom de voie	Lieu-dit ou boîte postale		<input type="text"/>
Code postal	Localité	<input type="text"/>	
N° de téléphone	N° de télécopie		<input type="text"/>
Adresse e-mail	<input type="text"/>		

2. Prestataire de formation (1)

Dénomination	<input type="text"/>
--------------	----------------------

3. Formation modulaire demandée (1)

Sélectionnez la formation

3.1 Je m'inscris à l'ensemble des modules de la session d'évaluation

3.2 Je ne m'inscris pas à l'ensemble des modules de la session d'évaluation

Sélectionnez un module correspondant à la formation

Sélectionnez un module correspondant à la formation

Sélectionnez un module correspondant à la formation

Sélectionnez un module correspondant à la formation

4. Aménagement particulier des épreuves

Je demande à bénéficier d'un aménagement particulier des épreuves en qualité de candidat handicapé	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

5. Pièces à fournir

La liste des pièces à fournir est détaillée dans la notice d'information.

6. Engagement et signature du candidat

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 professionnelle maritime modulaire demandée	<input type="checkbox"/>
à la session d'évaluation modulaire demandée	<input type="checkbox"/>
Fait à :	Le, <input type="text"/>
Signature du demandeur	
<input type="text"/>	

(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 adresser au service instructeur.