

# DOSSIER D'INSCRIPTION BTS PGEM

**Année Scolaire 2025/2026**

**A ENVOYER POUR LE 8 AOUT AU PLUS TARD**

Lycée Professionnel Maritime de Boulogne / Le Portel  
6 rue Georges Honoré  
62480 LE PORTEL

Courriel : [lpm-boulogne@developpement-durable.gouv.fr](mailto:lpm-boulogne@developpement-durable.gouv.fr)  
Tél : 03.91.90.00.90



**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de Naissance : .....

Pays de naissance : .....

**N° INSEE/Sécurité Sociale de l'étudiant** .....

Adresse : .....  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Quel baccalauréat avez-vous obtenu :

Etablissement fréquenté l'an passé : .....

Adresse de votre logement pendant l'école :

.....  
.....  
.....

**ASSURANCE (responsabilité civile et assurance scolaire), joindre les attestations**

Nom de l'assureur : .....  
.....

Numéro de contrat : .....

## RESPONSABLES DE L'ÉLÈVE

### PREMIER RESPONSABLE :

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté avec l'élève : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Situation familiale : .....

### DEUXIÈME RESPONSABLE :

NOM : ..... Prénom : .....

Lien de parenté avec l'élève : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Situation familiale : .....

Fait à ....., le .....

Signature des parents :

## AUTORISATION DE SOINS

(A retourner à l'établissement)

**En prévision des maladies ou des accidents, pouvant intervenir et entraînant des interventions médicales ou chirurgicales à effectuer d'urgence, il est demandé aux parents ou tuteurs légaux de donner les informations suivantes :**

Nom de l'étudiant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse: .....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : ..... (1)

Numéro de la carte vitale : .....

Nom et adresse de l'organisme gestionnaire : .....  
.....

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Allergies médicamenteuses : .....

Médecin traitant : .....

Si nous n'arrivons pas à vous joindre, personne à contacter : .....  
Téléphone .....

**Au cas où les parents ne s'estimeraient ni en mesure d'intervenir à temps, ni suffisamment informés pour choisir un médecin, il est indispensable de signer l'autorisation suivante :**

Je soussigné(e) .....(2)

Autorise le médecin ou le chirurgien, désigné par le directeur de l'établissement scolaire, à pratiquer toute intervention qu'il jugera nécessaire ou à dispenser des soins à l'élève :  
.....(2).

Fait à ..... Le .....  
Signature,

(1) ou celui d'un parent, grands-parents, voisin...

(2) Nom et Prénom



## **DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e) .....

Autorise

N'autorise pas

Le Lycée Professionnel Maritime de Boulogne sur Mer / Le Portel à utiliser les images me représentant.

A titre d'information et d'illustration, pour ses supports de communication faisant l'objet d'une diffusion locale, départementale, nationale ou internationale





## FORMATIONS STCW

<b>Nom et Prénom de l'élève :</b>			
	<b>formation réalisée</b>		
	OUI	NON	Date de validité
<b>CFBS</b>			
<b>TIS</b>			
Techniques individuelles de survie (TIS) Théorie			
Techniques individuelles de survie (TIS) Pratique			
<b>CBLI</b>			
Formation de base à la lutte contre l'incendie : Théorie			
Formation de base à la lutte contre l'incendie : Pratique			
<b>Sécurité des personnes et responsabilités sociales (SPRS)</b>			
<b>Enseignement médical de niveau 1 (EM1).</b>			
PSC1			
UVHPR			
AMMCT1			
<b>Certificat de sensibilisation à la sureté : CSS</b>			
<b>Personnel Navires à Passagers NavPax A, C et D</b>			
<b>CAEERS</b>			
Certificat Aptitude à l'Exploitation des Embarcations et Radeaux de Sauvetage : CAEERS théorie			
Certificat Aptitude à l'Exploitation des Embarcations et Radeaux de Sauvetage : CAEERS TP			
<b>CRO</b>			
Certificat Restreint d'Opérateur Théorie			
Certificat Restreint d'Opérateur Pratique			
<b>CQALI</b>			
Certificat de Qualification Avancé à la Lutte conte l'Incendie : CQALI Théorie			
Certificat de Qualification Avancé à la Lutte conte l'Incendie : CQALI Pratique			
<b>Enseignement Médical de niveau 2 (EM2).</b>			
UV - PSEM			
UV - SE			
UV - HPR			
UV AMMCT2			
<b>CGO</b>			
Certificat Général d'Opérateur Théorie			
Certificat Général d'Opérateur Pratique			

MERCI DE JOINDRE LES COPIES DES ATTESTATIONS

et de nous rendre cette fiche afin de pouvoir vous inscrire aux formations manquantes et recyclage des formations.

Après cette date aucune inscription ne sera prise en compte

Date:

Signature:

## **PIECES A RETOURNER AU LYCEE**

- Le dossier d'inscription
- Autorisation de soins jointe
- Autorisation de sortie jointe
- 4 photographies d'identité (format standard)
- Certificat d'aptitude médical à la navigation valide
- Justificatif d'obtention du bac (diplôme, relevé de notes...)
- Feuille STCW remplie avec la copie des attestations
- Attestation d'assurance responsabilité civile et scolaire
- Copie de la carte vitale recto-verso
- Copie de la carte d'identité recto-verso ou du passeport
- Copie de la carte et attestation mutuelle
- Copie du certificat de la participation à la Journée Défense et Citoyenneté