

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Recyclage Médical II

Date prévue :

## STAGIAIRE

Qualité : (M, Mme, Melle) : .....

Nom usuel : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de Naissance : ..... Département.....

Nationalité : .....

Permis de séjour / Expire le : .....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Commune : .....

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-Mail : .....

### INSCRIT MARITIME (si titulaire d'un fascicule)

Numéro de marin : .....

Quartier : .....

**EMPLOYEUR :**

Nom :

Coordonnées :

**FINANCEUR :**

Nom :

Coordonnées :

## LISTE DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

Photocopie de votre carte d'identité, de votre passeport ou de votre carte de séjour (pour les personnes de nationalité étrangère)

Photocopie de votre certificat médical d'aptitude à la navigation maritime (service médical des gens de mer auprès des affaires maritimes)

Photocopie de votre Médical II

Inscription effective lors de la confirmation du LPM et du versement de la participation au stage

Référence du chèque de participation au stage à l'ordre de « agent comptable du LPM Jacques Cassard » :

Banque : ..... N° chèque : ..... Date : .....

Je soussigné (nom, prénom)....., atteste avoir lu le règlement intérieur du LPM Jacques Cassard sur le lien suivant : <https://www.lycee-maritime-nantes.fr/formations-continues/hebergements/>

**Tout dossier incomplet ne pourra être traité**

A ..... Le .....

Signature

Mise à jour le 07/10/2019