

DOSSIER D'INSCRIPTION

Recyclage Médical I

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 :

Statut à l'entrée en formation : Salarié Demandeur d'emploi Chef d'entreprise

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/visa (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 I

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/boite-a-outils/>

A Le

Signature