

## 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