



## DOSSIER DE CANDIDATURE

Ce dossier doit être retourné :

à l'attention de

**Monsieur le Directeur du Centre de Formation**

**Ecole de Formation Professionnelle Maritime et Aquacole**

Beauséjour – Autre Bord – 97 220 LA TRINITE Martinique

☎ 0596 58 22 13 @ : [efpma@orange.fr](mailto:efpma@orange.fr)

Site : <http://www.efpma-martinique.com>

**Date limite de dépôt : 6 semaines avant le début de la formation**

### FORMATION MODULAIRE ENVISAGEE

#### **CERTIFICAT AU COMMANDEMENT A LA PETIT PECHE (CAC PP)**

- Module P1-0 (*Navigation au niveau direction*)
- Module P3-0 (*Entretien et réparation au niveau direction*)
- Module NP-0 (*Module National Pont au niveau direction*)

#### **Formations spécifiques :**

- Sécu pêche** : *Sécurité des personnels embarqués des navires de moins 12 m à la pêche*
- Med 1** : *Formation maritime du médical 1*

### ETAT CIVIL

Nom : ..... Nom d'usage .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| à : .....

Nationalité :  Française  Union Européenne  Autre (*à préciser*) .....

Adresse complète : .....

Code postale : |\_|\_| |\_|\_|\_| Ville : ..... Pays : .....

☎ : |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ☒ : .....

N° de Sécurité Sociale : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé |\_|\_|

N° identification de marin : .....

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Marié(e)

Vie maritale

Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge : |\_|\_|

**Tous les champs sont à renseigner obligatoirement**

## RENSEIGNEMENT CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3<sup>ème</sup> pou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>nd</sup>e, 1<sup>ère</sup> enseignement général ou 2<sup>ème</sup> année CAP ou BEP
- Terminale
- Classes Etudes Supérieures
- Autre classe (à préciser) : .....

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'Etude Primaire (CEP)
- Brevet des Collèges
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- BAC+2
- Diplôme de niveau BAC+3 ou plus

## VOTRE SITUATION A L'ENTREE DU STAGE

- Demandeur d'emploi                       Salarié                                       Artisan, commerçant
- Intérimaire                                       Profession libérale                       Exploitant agricole
- Fonctionnaire                                       Travailleur indépendant

**Merci de compléter uniquement la rubrique qui vous concerne (Obligatoire)**

❖ Si vous êtes MARIN :

Quelle est votre situation maritime actuelle ?

Matelot

Patron

Type de navigation :

Pêche

Commerce

Plaisance

❖ Si vous êtes DEMANDEUR D'EMPLOI

Inscrit à Pôle emploi :  OUI depuis le : .../.../...  
d'instruction

NON

Dossier en cours

Si oui, depuis combien de temps en continu :

Moins de 6 mois

6 à 11 mois

12 à 23 mois

24 mois et plus

N° identification : ...../.....

❖ Si vous êtes SALARIE

Type de contrat :

CDD

CDI

Intérimaire

Nom de l'entreprise : .....

Adresse complète : .....

❖ Si vous êtes NON SALARIE :

Nom de l'entreprise : .....

Adresse complète : .....

N°SIRET ou SIREN : .....

## PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL

Par quel(s) moyen(s) souhaitez-vous financer votre formation ? Cocher la ou les case(s) correspondante(s). (Obligatoire)

Pôle emploi

Compte Personnel de Formation (CPF)

Entreprise

Financement personnel

Financement Région

Organisme Financier :

AGEFICE

AKTO

OCAPAT

TRANSITION PRO

Autre (à préciser) : .....

Ce plan de financement devra être confirmé par lettre d'accord après l'admission et avant le début de formation.

Nous proposons un service hébergement et de restauration.

Etes-vous intéressé par :

Demi-pension (Repas du Midi)

Pension complète (Chambre + Trois repas)

### Tarif de l'hébergement et Nourriture

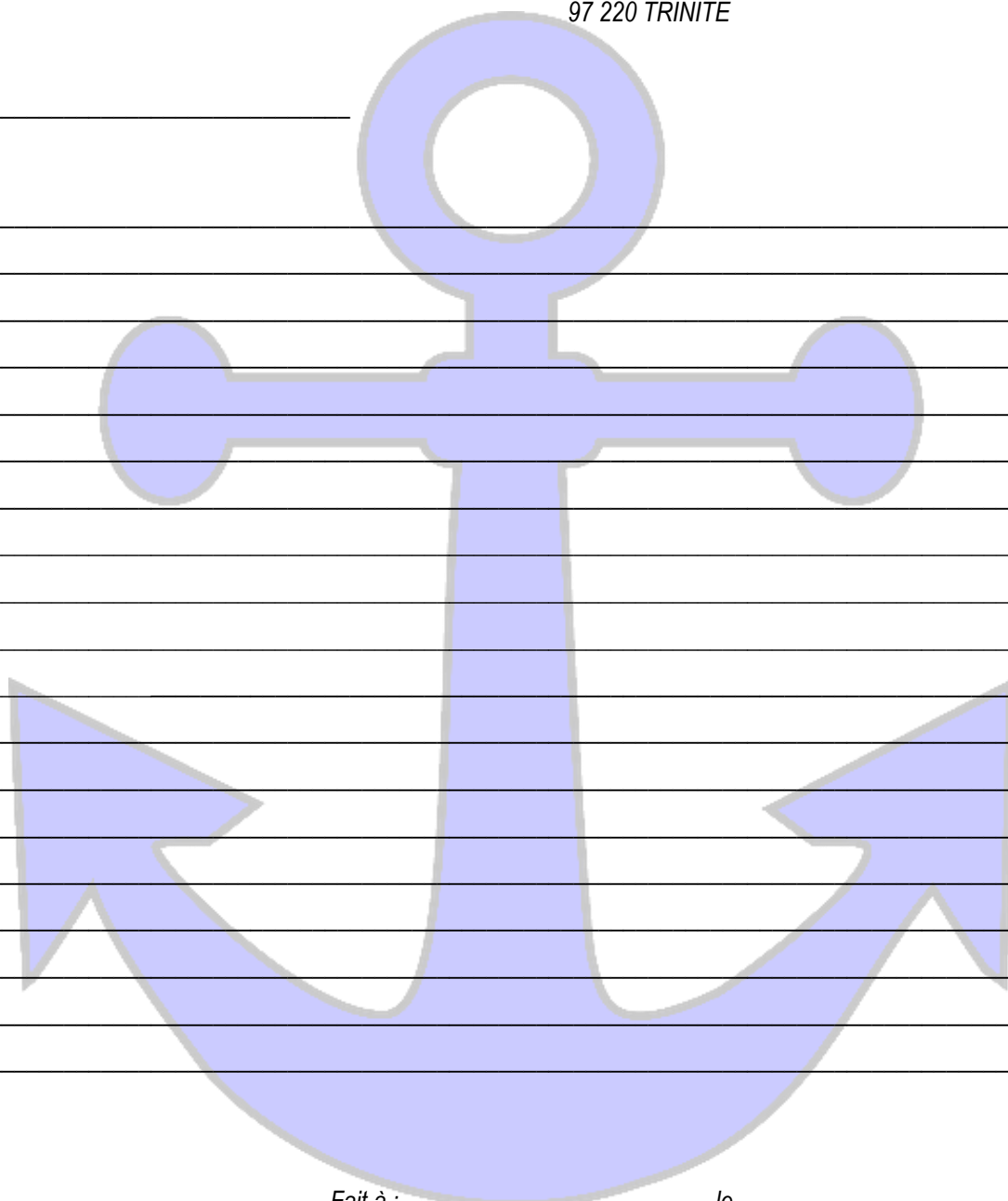
Chambre	Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner
12 € / jour	5 € / jour	10 € / jour	7 € / jour

- Le stagiaire désirant se restaurer sur place doit au préalable réserver et payer les repas au service « INTENDANCE »
- Tout repas réservé et payé est dû. Vous pouvez prétendre à un remboursement en cas de maladie (*certificat médical*) avec une carence de 2 jours
- **Mode de règlement par** : carte bancaire, chèque, espèces ou virement au service « INTENDANCE » ☎ : **0596.58.10.40.**

Préciser en quelques lignes votre projet professionnel et vos motivations pour entrer en formation maritime.

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

A  
Monsieur le Directeur de l'EPMA  
Autre bord - Beauséjour  
97 220 TRINITE



Fait à : ..... le .....  
Signature du candidat

# ATTESTATION DE NATATION

Je soussigné ..... (1), maître-nageur agréé, piscine  
de .....(2).

Que Mr, Mme, Mlle .....

Né (e) le .....

A réussi les exercices suivants :

*Parcourir au minimum 50 m dont 25 au moins en nage ventrale et 25 en nage dorsale  
Récupération mannequin à 2 m environ et le ramener à la surface*

La présente attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

Fait à .....le .....202...

Signature et cachet de l'organisme.

## PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- Copie de la pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité ou du passeport)
- Certificat médical du médecin des gens de mer (VOIR ANNEXE 2)
- Fiche marin ou document provisoire d'immatriculation  
(Avant toute visite vous devez demander à la Direction de la Mer de Fort de France ou DIRM l'attribution d'un numéro provisoire de marin, en fournissant une copie de votre pièce d'identité, votre adresse et votre numéro de téléphone)
- PSC 1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) « voir Pompier / Croix Rouge ou Protection civile »
- Photocopie de l'Attestation de natation 50m uniquement lors de la première inscription à un examen de formation professionnelle maritime, elle peut être obtenue auprès d'un maître-nageur sauveteur exerçant dans une piscine municipale
- 1 CV ordinaire ou 1 CV maritime
- 1 lettre de motivation (voir modèle de lettre ANNEXE 1)
- 1 photo d'identité récente (à inscrire le nom et prénom au verso)

### Uniquement pour les demandeurs d'emploi :

- 1 historique d'inscription au pôle emploi datant au moins d'un mois

### ↗ À prévoir lors de la prérentrée :

- Les frais d'inscription d'un montant de **190,00 €\***
- La caution de **300,00 €\***

\*Les prix sont à titre indicatif et sont revalorisés de chaque année scolaire

#### RECEPTION DU PUBLIC

Matin : Lundi au vendredi : de 8h00 à 12h00  
Après-midi : Sur Rendez vous

#### Trois possibilités pour transmettre votre dossier

- Par mail : [efpma@orange.fr](mailto:efpma@orange.fr)
- Par voie postale : EFPMA Autre bord - Beauséjour  
97 220 TRINITE Martinique
- Par dépôt : Dans la boîte aux lettres devant l'Etablissement

***Tout dossier incomplet est systématiquement rejeté***  
**Votre dossier de candidature sera soumis à une commission de sélection**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### Pour le dossier d'inscription :

L'article 27 de l'arrêté du 12 août 2015 indique que les candidats doivent remplir les conditions d'entrée en formation fixées par l'arrêté correspondant. Ces conditions doivent être satisfaites au moment de l'inscription.

La réforme de la formation professionnelle maritime s'est mise en place au 1er septembre 2016. L'application informatique des agréments, des modules et des formations maritimes et de suivi des évaluations (AMFORE) constitue un outil national pour l'organisation et le suivi des formations maritimes.

L'utilisation obligatoire de ce nouvel outil implique **que les dossiers d'inscription à une formation doivent être complets et que le candidat doit être à jour de son aptitude médicale.**

### Pour la demande de délivrance du titre

Le cerfa n°15004\*04 (téléchargeable sur internet) doit être rempli au stylo noir pour demander la délivrance du titre maritime. Le document devra être correctement signé dans le cadre au verso, et devra être retourné à son service instructeur. (DM, DIRM...)

Le marin devra également remettre à son service instructeur une copie des attestations de formation.

/-----/

## GLOSSAIRE



Opérateur de compétences (OPCO) des secteurs de la culture, des industries réactives, des médias, de la communication, des télécommunications,



Opérateur qui agit auprès des entreprises et salariés en faveur de l'alternance, l'emploi durable et la construction de parcours professionnels.



Élabore, programme, gère, évalue et rend compte des dispositifs de formation continue des établissements de l'Enseignement privé sous contrat relevant des conventions passées par **Formiris** avec l'Etat.



Organisme collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière.



Opérateur de compétences Coopération agricole, Agriculture, Pêche, Industrie agroalimentaire et Territoires

**Service de santé des gens de mer**

*Conformément au Décret N°2015-1575 du 3 décembre 2015 relatif à la santé et à l'aptitude médicale à la navigation*

Prenez rendez-vous pour effectuer une première visite médicale d'aptitude à la navigation professionnelle auprès du Service de Santé des Gens de mer (SSGM) de Fort de France (Martinique) par téléphone au

**05 96 60 79 96**

Si vous ne dépendez pas de Fort de France, téléphonez aux autres services (cf. liste jointe)

A l'issue de cette visite le certificat d'aptitude la navigation est délivré par le médecin des gens de mer.

**Les candidats mineurs doivent se présenter accompagnés par leurs parents ou tuteurs légaux.**

Avant toute visite vous devez demander à la **Direction de la Mer de Fort de France** l'attribution d'un numéro provisoire de marin, en fournissant une copie de votre pièce d'identité, votre adresse et votre numéro de téléphone.

**A Fort de France :**

Téléphone : 05 96 60 79 96

Vous avez la possibilité de prendre RDV sur le site seulement si vous possédez déjà un n° maritime

Site : [http://rdvsantemarin.application.equipement.gouv.fr/agendassgm/deconnecter\\_ns.do](http://rdvsantemarin.application.equipement.gouv.fr/agendassgm/deconnecter_ns.do)

Adresse : Bd chevalier - Ste Marthe BP 620 - 97 261 FORT DE France

**A Pointe à Pitre :**

Téléphone : 05 90 21 29 19 22

Adresse : Quai Layrle - La Darse – 97 110 POINTE A PITRE

**CONSEILS ET PIÈCES MÉDICALES A FOURNIR POUR VOTRE PREMIÈRE VISITE MÉDICALE**

1. Le jour du rendez-vous, vous devez vous présenter avec votre pièce d'identité, votre adresse et numéro de téléphone, afin que la Direction de la mer au 1er étage, vous attribue un numéro provisoire de marin.
2. Prévoyez que lors de la visite médicale, nous ferons un contrôle de vos urines, comprenant un test de drogues (venez **vessie pleine**)
3. Apportez-nous la preuve d'une vaccination « Diphtérie Tétanos Polio » à jour (carnet de santé, carnet de vaccination, certificat médical précisant la date exacte de la vaccination)
4. Pour les porteurs d'une correction optique (lunettes, lentilles), venez avec **un certificat de votre ophtalmologue de moins de 1 an**, indiquant pour chaque œil, l'acuité visuelle de loin, **SANS et AVEC correction (correction précise en DIOPTRIES)** et le diagnostic.  
**IMPORTANT**, lors de la visite médicale, les porteurs de lentilles devront les avoir **retirées la veille au soir** et venir avec leurs lunettes correctrices.
5. **Le jour du RDV, ne pas oublier de rapporter, rempli et signé, le questionnaire CONFIDENTIEL-médical ci-joint.**
6. Demander à votre dentiste de remplir **la fiche d'identité dentaire** (ci-joint)
7. Réaliser une électrophorèse de l'hémoglobine pour des personnes d'origine Afro -Indiennes de plus de 33 ans



**SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER**  
**MARTINIQUE**  
**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL**

Veillez répondre aux questions, dater et signer à la fin de la 4ème page

**NOM:**

**PRENOM**

**DATE DE NAISSANCE :**

**Profession ou situation scolaire :**

**Situation de famille, nombre d'enfants :**

**1°) ANTECEDENTS AU TRAVAIL**

Avez-vous déjà consulté un médecin des gens de mer ? Si oui, Où et Quand : oui  non

**Quelle formation avez -vous reçue ?**

Scolaire :

Apprentissage :

Universitaire :

Autre :

**Quels métiers avez-vous exercé ?**

De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Au cours de ces métiers avez-vous été exposé à des nuisances ?**

Amiante	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Poussières, allergènes	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Bruit	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Vibrations	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Radiations, rayonnements	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Produits chimiques, gaz	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Produits pétroliers	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Postures inconfortables, gestes répétés rapidement	non <input type="checkbox"/>	oui+ <input type="checkbox"/>	oui++ <input type="checkbox"/>
Autres			

Avez-vous déjà été inapte à un poste de travail ou un métier ? oui  non

Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ? oui  non

Vous a-t-il été reconnu un taux d'incapacité ? oui  non

## 2°) ACTUELLEMENT

- Avez-vous des symptômes, une maladie  oui  non
- Prenez vous un traitement, des médicaments  
Lesquels :  oui  non
- Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?  oui  non
- Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie ou autres ?  oui  non
- Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel  
etc...)  
ou un handicap léger : un bégaiement, une dyslexie, dyscalculie,  
dysorthographe ?  oui  non
- Portez-vous une prothèse, (cardiaque, oculaire, auditive, hanche,  
genou...) ?  oui  non
- Avez-vous un trouble connu de la vision des couleurs ?  oui  non
- Portez-vous des lunettes ou des lentilles cornéennes ?  oui  non
- Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque,  
musculaire...) ?  oui  non

## 3°) ANTECEDENTS PERSONNELS

- Avez-vous déjà été opéré ?  oui  non  
Année : Motif :  
Année : Motif :
- Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (**Kératotomie**) ?  oui  non
- Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou clinique ?  oui  non  
Année : Motif :  
Année : Motif :
- Avez-vous eu des antécédents (sport, deux roues, automobile...) ?  oui  non  
Année : Lésions corporelles :  
Année : Lésions corporelles :
- Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?  oui  non
- Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, perte de  
connaissance ?  oui  non
- Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs  
semaines, mois...) ?  oui  non
- Maladies pulmonaires :**
- Avez-vous eu : la tuberculose (y compris primo infection)  oui  non  
une maladie pleurale, bronchique; autre  oui  non

### Maladies allergiques et immunitaires, cancers :

- Allergie à des médicaments, allergènes :  oui  non
- Maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida)  oui  non
- Cancers ?  oui  non

### Maladies métaboliques et des glandes endocrines :

- Diabète (y compris sucre dans les urines)  oui  non
- Excès de cholestérol, triglycérides, acide urique  oui  non
- Obésité, excès pondéral  oui  non

### Maladies de l'appareil digestif :

- Œsophagites, gastrite, ulcère  oui  non
- Colites, diverticulites  oui  non
- Hémochromatose, cirrhose  oui  non
- Calculs biliaires, pancréatite  oui  non
- Hépatite A, B, C...  oui  non
- Hernies inguinales, crurales, hiatales et éventrations  oui  non

### Maladies cardio-vasculaires et du sang :

- Maladies cardiaques congénitales  oui  non
- Maladies des valves (aortique, mitrale...)  oui  non
- Troubles du rythme (tachycardies, fibrillations, port d'un stimulateur)  oui  non
- Maladie des coronaires (angine de poitrine, infarctus...)  oui  non
- Péricardites, endocardites  oui  non
- Maladie des artères, phlébites, varices  oui  non
- Hypertension artérielle  oui  non
- Anémie, purpuras, hémophilie, polyglobulies, Hodgkin  oui  non

### Maladies génitales et urinaires :

- Malformations des organes génitaux ou des glandes  oui  non
- Calculs urinaires, coliques néphrétiques  oui  non
- Maladie des reins (hydronéphrose, polykystose... etc)  oui  non
- Présence de sang, sucre, protéines ou albumine dans les urines  oui  non
- Maladies gynécologiques, obstétriques  oui  non

### Troubles psychiques

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue  oui  non
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression, le sommeil, l'anxiété, la nervosité  oui  non
- Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique  oui  non
- Avez-vous eu
- Dépressions, psychose maniacodépressive  oui  non
  - névrose, angoisses, phobies, obsessions  oui  non
  - psychoses, schizophrénie, paranoïa  oui  non

traitement par addiction à une drogue (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, amphétamines...)

 oui non

Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans ?

 oui non

Avez-vous fait des tentatives de suicide ?

 oui non

**Maladies neurologiques et rachidiennes :**

Maladies des nerfs, moelle épinière, cerveau

 oui non

Paralysies même partielles

 oui non

Epilepsie (crises comitiales de tous types y compris convulsions...)

 oui non

Scolioses, séquelles d'accident ou de traumatisme

 oui non

**Maladies de la peau et des dents :**

Exemple : eczéma, psoriasis, urticaires ... Etc)

 oui non

Prothèse, appareillage dentaire

 oui non

**Nez, Gorge, Oreilles, Yeux**

Des otites, cholestéatome, otospongiose

 oui non

Maladie du nez de la gorge, des yeux

 oui non

**Autres maladies**

(sauf maladies bénignes, saisonnières type rhume, angine de gorge, accès grippal, etc...)

 oui non

**Antécédents familiaux**

Vos parents(et grands-parents, frères, sœurs, enfants) sont-ils ou ont-ils été atteints de maladie et laquelle ?

 oui non

Notamment : Asthme, diabète, hypertension artérielle

Date :

Signature

<b>SI LE CANDIDAT EST MINEUR</b>	
<b>SIGNATURE DU MAJEUR RESPONSABLE</b>	
<b>NOM :</b>	<b>PRENOM</b>
Signature :	

# FICHE D'IDENTITE DENTAIRE

Denture : à compléter par le dentiste

## Identité du patient :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Coefficient de mastication : 100%

Coef. Mastication :  
:

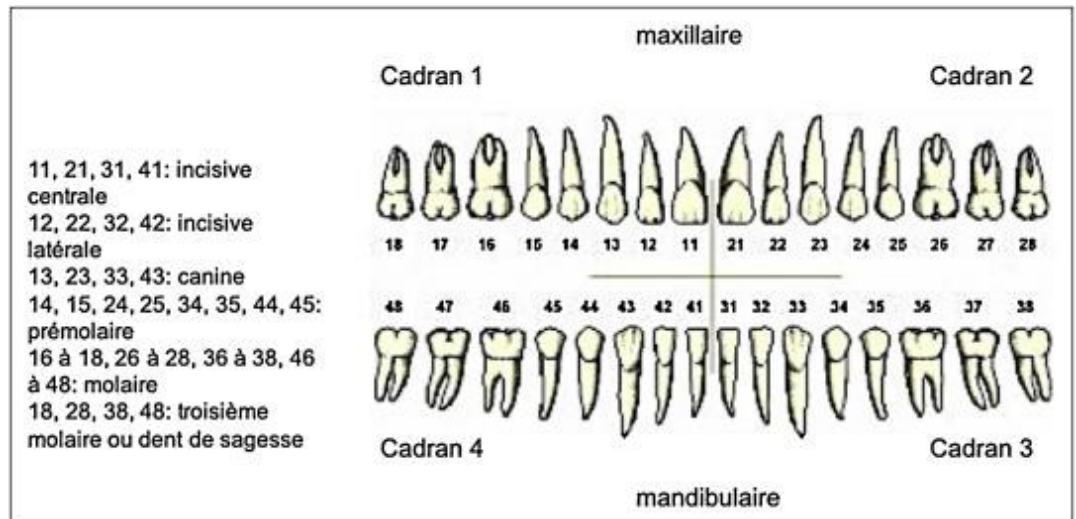
### Légende

Blanc : dent normale

Rouge : dent à soigner

Jaune : dent avec prothèse

Gris : dent manquante



Cachet et signature du dentiste

Dates des rendez-vous pour les soins dentaires