



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

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

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

Avant de s'inscrire, chaque marin doit vérifier son besoin de formation auprès de son service instructeur

FORMATIONS SPECIFIQUES (STCW)

- CFBS (*Certificat de Formation de Base à la Sécurité*)
- SURETE (*Formation sensibilisation à la sûreté*)
- TIS (*Techniques Individuelles de Survie*)
- CQUALI (*Certificat à la Qualification Avancée Lutte contre l'Incendie*)
- CAEERS (*Certificat d'Aptitude à l'Exploitation des Embarcations et Radeaux de Sauvetage*)
- CRO (*Certificat Restreint d'Opération du SMDSM*)
- CGO (*Certificat Général d'Opérateur du SMDSM*)
- MED I (*Formation Médicale I*)
- MED II (*Formation Médicale II*)
- SIMULATEUR RADAR
- ECDIS (*Electronic Chart Display & Information System*)
- SECURITE A BORD DES NAVIRES A PASSAGERS
 - UV : Encadrement des passagers,
 - UV : Sécurité locaux réservés aux passagers,
 - UV : Situation de crise /comportement humain
 - UV : Sécurité des passagers, cargaisons, intégrité de la coque
- Formation de sécurité pour les personnels embarqués sur des navires armés à la PETITE PÊCHE ou à la PÊCHE COTIERE de longueur inférieure à 12 m
- Formation de sécurité pour les personnels embarqués sur des navires armés au COMMERCE ou à la PLAISANCE de longueur inférieure à 12 m

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 :

Tous les champs sont à renseigner obligatoirement

RENSEIGNEMENT CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6^{ème}, 5^{ème}, 4^{ème}, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3^{ème} pou première année de CAP ou BEP
- 2nde, 1^{ère} enseignement général ou 2^{ème} 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 :/..../.... NON Dossier en cours
d'instruction

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

OCAPIAT

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.**

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 àle202...

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 mers (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)

Uniquement pour les demandeurs d'emploi :

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

Pièces supplémentaires à fournir uniquement pour les demandes de formations (CFBS – CAEERS – CQUALI - SECU Pêche - SECU Plaisance - TIS et EM 1)

- 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

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
- 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

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

A Pointe à Pitre :

Téléphone : 05 90 21 29 19 922

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 ?

Notamment : Asthme, diabète, hypertension artérielle

 oui non

Date :

Signature

SI LE CANDIDAT EST MINEUR	
SIGNATURE DU MAJEUR RESPONSABLE	
NOM :	PRENOM
Signature :	

FICHE D'IDENTITE DENTAIRE

Denture : à compléter par le dentiste

Identité du patient :

NOM : _____

Prénom : _____

Coefficient de mastication : 100%

Coef. Mastication :
:

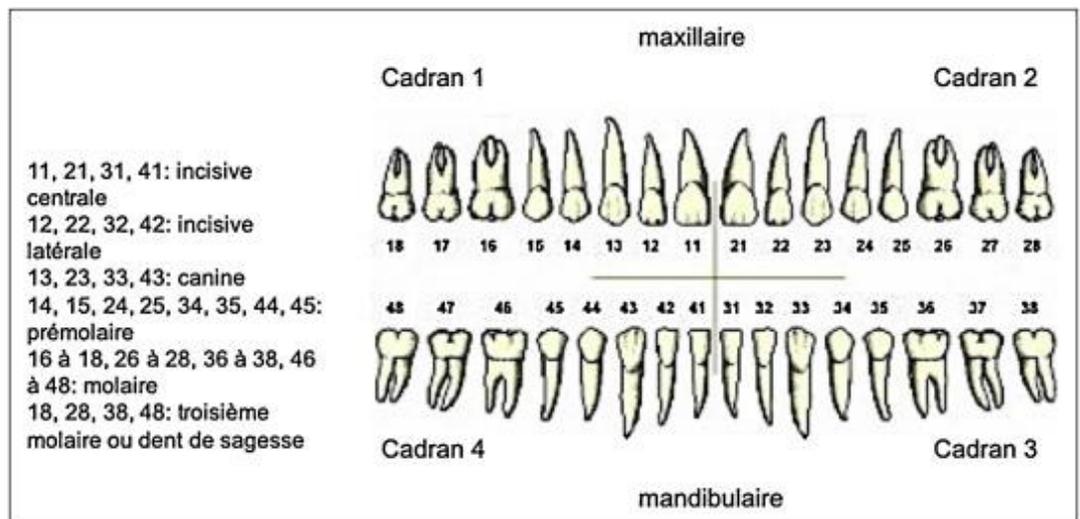
Légende

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