



DOSSIER DE CANDIDATURE STCW



Ce dossier est à retourner dûment complété
à l'attention de :

Monsieur le Directeur du centre de formation

ECOLE DE FORMATION PROFESSIONNELLE MARITIME & AQUACOLE

Beauséjour – Autre bord – 97 220 TRINITE Martinique

☎ : 0596 58 22 13

✉ : efpma@orange.fr

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

« Une école sans frontière »



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

NOM : _____ **PRENOM** _____

Formation 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*)
- ECDIS (*Electronic Chart Display & Information System*)
- CRO (*Certificat Restreint d'Opération du SMDSM*) CGO (*Certificat Général d'Opérateur du SMDSM*)
- MED I (*Formation Médicale I*) MED II (*Formation Médicale II*) MED III (*Formation Médicale III*)
- SIMULATEUR RADAR
- SECURITE A BORD DES NAVIRES A PASSAGERS
*UV : Encadrement des passagers,
UV : Sécurité locaux réservés aux passagers,
UV Situation de crise /comportement humain*
- 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
- MODULE PÊCHE du capt 200
- Formation de sécurité pour les personnels embarqués sur des navires armés au COMMERCE ou à la PLAISANCE de longueur inférieure à 12 m



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé
de la mer

Demande d'inscription à un examen en vue de l'obtention d'un titre de formation professionnelle maritime ou d'un diplôme



Arrêté du 5 décembre 2013 (J.O du 13 décembre 2013)

N° 15005*01

Date de dépôt ou réception	Cadre réservé à l'administration	Dossier complété le
_____	N° d'enregistrement _____	_____

1. Intitulé du ou des examen(s)⁽¹⁾

1.
2.
3.
4.

2. Organisme(s) de formation⁽¹⁾

1.	3.
2.	4.

3. Informations et coordonnées du demandeur

Nom	Prénom(s)		
Date de naissance	Sexe	H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Nationalité	Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Hors union européenne <input type="checkbox"/>		
N° d'identification ⁽¹⁾	_____		
Service dont dépend le demandeur ⁽¹⁾	_____		
Adresse : N° voie	Extension	Type de voie	
Nom de voie	Lieu-dit ou boîte postale		
Code postal	Localité	Pays	
N° de téléphone	N° de télécopie		
Adresse électronique	_____		
Adresse pendant votre formation, si différente de l'adresse de votre domicile			
N° voie	Extension	Type de voie	
Nom de voie	Lieu-dit ou boîte postale		
Code postal	Localité	Pays	
N° de téléphone	Adresse électronique		
Représentant légal (pour mineur)	Nom	Tél.	
	Prénom		

4. Aménagement particulier des épreuves

Je demande à bénéficier d'un aménagement particulier des épreuves en qualité de candidat handicapé

5. Pièces à fournir

La liste des pièces à fournir est détaillée dans la notice d'information.

6. Engagement et signature

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Fait à :

Le, _____

Signature du demandeur

⁽¹⁾ voir notice d'information

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification de ces informations auprès du service instructeur.