

## DEMANDE D'INSCRIPTION MODULE COURT

### Formations Initiales

La demande est à transmettre au CEFCM

[inscription@cefc.com](mailto:inscription@cefc.com)

**Les dossiers doivent être renvoyés complets 1 mois avant le début de la formation.  
Seuls les dossiers complets avec visite médicale à jour seront étudiés ou retenus  
sous réserve de places disponibles.**

Pour toute demande de devis, merci de nous renvoyer votre dossier complet.

#### Formation(s) et Date(s)\* de session(s) choisie(s) :

1. \_\_\_\_\_\*
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

	<b>MODULES</b> (Cocher la ou les case(s) correspondant à votre demande)	<b>Pièces justificatives à joindre <u>obligatoirement</u> à votre demande</b>
<b>FORMATIONS MEDICALES</b>	<input type="checkbox"/> Enseignement médical de niveau 1 (11h) <input type="checkbox"/> PSC1 (7h) <input type="checkbox"/> HPR- AMMCT1 (4h)	<input type="checkbox"/> Copie de la visite médicale médecin des gens de mer
	<input type="checkbox"/> Enseignement Médical de niveau II	
	<input type="checkbox"/> Enseignement Médical de niveau III	<input type="checkbox"/> Copie de la fiche marin à <b>jour</b> OU <input type="checkbox"/> Copie de la visite médicale médecin des gens de mer <input type="checkbox"/> Copie Certificat justifiant le niveau Médical II <b>si acquis</b>
<b>BRM</b>	<input type="checkbox"/> Management -Bridge Ressources Management <input type="checkbox"/> Management et Leadership	
<b>SBNP</b>	<b>Modules Sécurité à bord des navires à passagers</b> <input type="checkbox"/> SBNP Module 1 <input type="checkbox"/> SBNP Module 3 <input type="checkbox"/> SBNP Module 2 <input type="checkbox"/> SBNP Module 4 OFF <input type="checkbox"/> SBNP Module 4 Non OFF	<input type="checkbox"/> Copie de la fiche marin à <b>jour</b>
<b>SMDSM - SIMULATEUR</b>	<input type="checkbox"/> C.G.O <input type="checkbox"/> C.R.O National (sans l'épreuve d'anglais) <input type="checkbox"/> C.R.O International (avec l'épreuve d'anglais)	<input type="checkbox"/> Copie de la fiche marin à <b>jour</b> OU Copie de la visite médicale médecin des gens de mer <input type="checkbox"/> Copie de la carte d'identité ou passeport en cours de validité. <input type="checkbox"/> Cerfa : <a href="#">demande d'inscription à une formation</a>
	<input type="checkbox"/> ECDIS	
<b>SURETE</b>	<input type="checkbox"/> Agent de navire (SSO) <input type="checkbox"/> Sensibilisation à la sûreté <input type="checkbox"/> Spécifique Sûreté	<input type="checkbox"/> Copie de la visite médicale médecin des gens de mer
<b>BASE SECURITE - CAEERS - CQLI</b>	<input type="checkbox"/> Certificat de Base à la Sécurité	
	<input type="checkbox"/> CQALI -	
	<input type="checkbox"/> CAEERS <input type="checkbox"/> CAECSR	<input type="checkbox"/> Copie de la visite médicale médecin des gens de mer
<b>Petits Brevets</b>	<input type="checkbox"/> BACPN  <input type="checkbox"/> BRACPN  <input type="checkbox"/> BACPNV	<input type="checkbox"/> Copie de la visite médicale médecin des gens de mer <input type="checkbox"/> Copie de la pièce d'identité (resto-verso) <input type="checkbox"/> Cerfa : <a href="#">demande d'inscription à une formation</a> <input type="checkbox"/> Attestation de natation 50 m départ plongé <input type="checkbox"/> Permis côtier ou hauturier < 5 ans (uniquement pour le BRACPN) <input type="checkbox"/> Copie du diplôme Voile (BE, BEES, BPJEPS ...) (uniquement pour le BACPNV)

Tarifs disponibles sur demande.

## DEMANDE D'INSCRIPTION MODULE COURT Formations Initiales

### ETAT CIVIL

NOM | \_\_\_\_\_|\* Prénom | \_\_\_\_\_|\*

Date de naissance | \_\_\_\_\_|\* Lieu de naissance | \_\_\_\_\_|\*

Numéro de sécurité sociale | \_\_\_\_\_|\*

Adresse | \_\_\_\_\_|\*

Code postal | \_\_\_\_\_|\* Commune | \_\_\_\_\_|\*

Téléphone | \_\_\_\_\_|\*

Adresse mail | \_\_\_\_\_|\*

N° d'inscription maritime | \_\_\_\_\_|\*

Date d'échéance de l'aptitude médicale | \_\_\_\_\_|\*  
(celle-ci doit couvrir la période de formation)

### FRAIS DE FORMATION

#### Effectuez-vous une prise en charge de la formation ?

- Oui précisez :
- Pôle Emploi  
N° d'identifiant : | \_\_\_\_\_| Département : | \_\_\_\_\_|
  - Compte Personnel de Formation
  - Entreprise : | \_\_\_\_\_|  
(préciser le nom et les coordonnées de l'établissement)  
Si OPCO, précisez : | \_\_\_\_\_|
- Non précisez : (*règlement à effectuer avant l'entrée en formation*)
- règlement par virement (à effectuer à réception de la convention de formation)
  - règlement par chèque (à l'ordre du CEFCM)

Informations certifiées exactes

Signature :

Date | \_\_\_\_| \_\_\_\_| \_\_\_\_|

Vous trouverez les contenus de formation sur nos fiches programmes disponibles sur notre site internet <http://cefcfm.fr/catalogue-formation> ou sur demande.

#### \* mentions obligatoires

\* dates à choisir à l'aide de notre calendrier consultable sur notre site internet [www.cefcfm.fr](http://www.cefcfm.fr) ou sur demande.

En cas de besoin, un accompagnement spécifique au suivi de nos formations peut vous être proposé.  
N'hésitez pas à contacter la référente handicap du C.E.F.C.M :  
Mme Isabelle RIOU [isabelle.riou@cefcfm.fr](mailto:isabelle.riou@cefcfm.fr) - 02 98 97 04 37.