



DOSSIER D'INSCRIPTION NOUVEL ELEVE

A RENDRE A LA VIE SCOLAIRE

par mail : sco.lpm-ciboure@developpement-durable.gouv.fr

Ou par courrier : Avenue Eugène Corre – BP 316 64503 Ciboure Cedex

Nom prénom :

VIE SCOLAIRE

- ☐ Un certificat médical des gens de mer
- ☐ Une attestation de natation (modèle joint)
- ☐ Le contrat d'objectifs signé
- ☐ Les 3 derniers bulletins scolaires
- ☐ Une lettre de motivation
- ☐ 5 photos d'identité (**format 35mm X 45mm**)
- ☐ Une attestation de droits sécurité sociale ou attestation CMU, **avec mention du nom de l'élève**
- ☐ Si parents séparés, 1 copie du jugement de divorce (pour l'autorité parentale)
- ☐ 1 Copie de la Carte d'Identité de l'élève (recto-verso, **EN COULEUR**)
- ☐ La fiche individuelle de renseignements
- ☐ L'autorisation d'embarquer ou de stage
- ☐ L'autorisation de soin
- ☐ La fiche médicale de l'élève
- ☐ L'acceptation du règlement intérieur (à lire sur <http://lycee-maritime-ciboure.fr/reglement-interieur-du-lycee-a5.html>)
- ☐ L'autorisation de sortie pour les élèves mineurs
- ☐ L'autorisation de droit à l'image
- ☐ L'autorisation de sortie du territoire pour les mineurs ☐ copie pièce d'identité du signataire responsable légal **EN COULEUR**

INTENDANCE

- ☐ La Fiche Intendance
- ☐ 1 RIB de votre banque

ALLOCATION DES PFMP (période de formation en milieu professionnel)

	Lycéen Professionnel Mineur	Lycéen Professionnel Majeur
Allocation versée sur le compte bancaire du lycéen professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Pièce d'identité du lycéen professionnel - RIB du compte bancaire du lycéen - Autorisation du représentant légal (document joint) - Document justifiant de la qualité du représentant légal (Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant mineur) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pièce d'identité du lycéen professionnel - RIB du compte bancaire
Allocation Versée sur le compte bancaire d'un représentant légal	<ul style="list-style-type: none"> - Pièce d'identité du lycéen professionnel - RIB du compte bancaire du représentant légal - Autorisation du représentant légal (document joint) - Document justifiant de la qualité du représentant légal (Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant mineur) 	

À FOURNIR À LA RENTREE

- ☐ 1 EXEAT (à demander à l'établissement de l'élève en 2025-2026)
- ☐ Une attestation d'assurance multirisques et de responsabilité civile de l'élève 2026-2027



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Photo
à
coller
ici

CLASSE : ☐ CAPI ☐ CAP2

- ☐ 2CGEM voile ☐ 2CGEM commerce ☐ 2CGEM pêche ☐ 2EMM
☐ 1CGEM voile ☐ 1CGEM commerce ☐ 1CGEM pêche ☐ 1EMM
☐ TCGEM voile ☐ TCGEM commerce ☐ TCGEM pêche ☐ TEMM

REGIME SOUHAITE : ☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe

ELEVE

Nom Prénoms Sexe

Adresse (si différente des responsables)

Portable de l'élève :/...../...../...../..... Mail de l'élève :

Date de naissance Lieu de naissance

Nationalité :

N° INE (Numéro nationale de l'Elève)

N° sécurité sociale.....

N° de Marin

Assurance Responsabilité Civile :N° Contrat

Classe + Nom et ville du dernier établissement fréquenté.....

1^{er} RESPONSABLE (PERE, MERE, TUTEUR) *Rayer les mentions inutiles*

Nom, Prénoms :

Adresse : Fixe/...../...../...../.....

.....Portable/...../...../...../.....

CP :Ville..... Travail/...../...../...../.....

E-mail :

Situation de famille : Marié – divorcé – veuf – autre

Profession ou catégorie socio-professionnelle

2^{ème} RESPONSABLE (PERE, MERE, TUTEUR) *Rayer les mentions inutiles*

Nom, Prénoms :

Adresse : Fixe/...../...../...../.....

.....Portable/...../...../...../.....

CP.....Ville..... Travail/...../...../...../.....

E-mail :

Situation de famille : Marié – divorcé – veuf – autre

Profession ou catégorie socio-professionnelle



Contrat d'objectifs

Élève :

Responsables légaux :

Ce contrat constitue un engagement mutuel entre l'élève, ses responsables légaux et l'équipe éducative. Il vise à favoriser la réussite scolaire de l'élève dans un climat de confiance et de bienveillance. En s'impliquant pleinement dans cette démarche, l'élève met toutes les chances de son côté pour s'épanouir et atteindre ses objectifs.

Objectifs fixés pour l'élève :

Objectifs scolaires

- Obtenir des notes satisfaisantes dans toutes les matières
- Rendre tous les devoirs à temps et en mettant tout en œuvre pour fournir un travail de qualité
- Participer activement en classe
- Apprendre ses leçons régulièrement et efficacement.
- Demander de l'aide aux professeurs si nécessaire.

Objectifs de comportement

- Être ponctuel et assidu aux cours.
- Respecter les règles de l'établissement et adopter un comportement exemplaire.
- Avoir un comportement positif et constructif envers les autres élèves et les personnels

Un bilan sera effectué en début de scolarité, puis régulièrement, lors des cellules de veille, afin d'analyser les progrès de votre enfant au regard des objectifs fixés.

En cas de non-respect des objectifs ou en cas de difficultés scolaires avérées, une décision de réorientation pourra être prononcée afin d'assurer la réussite de la scolarité.

Engagement des responsables légaux :

- Suivre régulièrement la scolarité de votre enfant.
- Encourager et soutenir votre enfant dans la réalisation des objectifs fixés.
- Collaborer avec l'équipe éducative en cas de difficultés rencontrées par votre enfant.
- Accepter, le cas échéant, une décision de réorientation prise par l'établissement, dans une logique de recherche de la voie la plus adaptée à la réussite de l'élève. L'objectif est de permettre à l'élève de s'épanouir pleinement dans un parcours scolaire en adéquation avec ses aptitudes, ses centres d'intérêt et ses aspirations.

Date :

Signature élève

Signature responsables légaux



AUTORISATION D'EMBARQUER OU DE STAGE EN ENTREPRISE (valable toute la scolarité)

Je, soussigné (nom et prénom du père ou du tuteur légal)

Autorise mon fils – ma fille (nom et prénom de l'élève)

Né(e) leà département

- A naviguer sur les navires de commerce ou de pêche français et à se faire identifier par les services de l'Etat.
- A effectuer des stages dans les entreprises désignées par l'établissement scolaire.

Fait à le

(Signature du responsable légal)

NOTA IMPORTANT

Orphelin de père :

Le consentement doit être signé de la mère et un extrait de l'acte de décès du père doit être joint au dossier d'inscription du candidat.

Orphelin de père et de mère :

Joindre la copie légalisée de la désignation du tuteur.

Enfant dont les parents sont divorcés ou séparés de corps

L'autorisation est délivrée par le parent ou l'autorité à qui la garde a été confiée. Une copie légalisée doit être jointe au dossier. Tout candidat, fils de marin du commerce ou de la pêche, doit joindre à son dossier un certificat établi par les services des Affaires Maritimes attestant qu'il est fils de marin et mentionnant le n° d'identification et le quartier du père.

Si le candidat possède un Livret Professionnel Maritime, il devra le remettre au secrétariat dès son entrée dans l'établissement scolaire.



AUTORISATION DE SOINS

En prévision des maladies ou des accidents, entraînant des interventions médicales ou chirurgicales à effectuer d'urgence, il est demandé aux parents ou tuteurs légaux de donner les informations suivantes :

Nom et prénom de l'élève :

Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe et portable :

Lien de parenté :

L'enfant souffre t'il d'allergies ?

☐ Médicamenteuses (précisez)

☐ Alimentaires (précisez)

☐ Asthmes

☐ Autres (précisez) :

Autorisation de soins médicaux

Je soussigné(e) :

(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe et portable :

N° de sécurité sociale :

Adresse de votre Caisse primaire d'assurance maladie :

Au cas où les parents ne s'estimeraient ni en mesure d'intervenir à temps, ni suffisamment informés pour choisir un médecin, il est indispensable de signer l'autorisation suivante :

Autorise le médecin ou chirurgien, désigné par le directeur de l'établissement, à donner les soins médicaux et chirurgicaux, qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, à l'élève :

Nom-prénom de l'élève :

Né(e) leà

Fait à Date

Autorise, le directeur d'établissement ou son représentant, à accompagner l'élève pour des soins médicaux d'urgence et indispensables. Les comptes-rendus de ces consultations et prise en charge médicale seront adressés aux représentants légaux de l'élève.

Signature obligatoire suivie de la mention « lu et approuvé »



FICHE MEDICALE DE L'ELEVE

Nom :PrénomClasse :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
N° de Sécurité Sociale de l'élève :
Nom, adresse, numéro de téléphone du médecin traitant :

Nom et statut de la personne à prévenir en cas d'accident :
N° de téléphone de la personne :
Nom et n° de téléphone de la personne susceptible de venir chercher l'élève en cas de maladie ou blessure :
Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Pathologies chroniques ou devant être signalées :

Traitements :

Allergies ou contre-indications :

PAP / PAI / PPS / Handicap nécessitant des aménagements (fournir une copie de la décision MDPH et tous les documents référents à ces aménagements).

Renseignements utiles à donner à l'attention de l'infirmière :

Tout traitement, même ponctuel, devra être déposé à l'infirmierie, ainsi qu'une photocopie de l'ordonnance.

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'élève..... autorise / n'autorise pas (veuillez entourer votre choix) l'infirmière scolaire du Lycée Maritime, ou en son absence le personnel de la vie scolaire, à dispenser en cas de besoin les médicaments usuels (antalgique, antipyrétique, antispasmodique,...) pour l'année scolaire.

Signature du responsable légal :



ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

(à lire sur <http://lycee-maritime-ciboure.fr/reglement-interieur-du-lycee-a5.html>)

Je, soussigné(e) (*nom et prénom de l'élève*)

.....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Lycée Maritime de Ciboure et m'engage à le respecter.

Fait à, le

Signature de l'élève

Signature du responsable légal



REGIME DE SORTIE POUR LES ELEVES MINEURS

Nom de l'élève :

Nom du Responsable légal :

Choisi le régime : n° 1 n°2

Signature :

La direction se réserve néanmoins le droit de modifier les régimes de sortie en cas de non-respect de la discipline, de circonstances exceptionnelles, telles que des risques sanitaires ou sécuritaire, ou encore en cas de problème de travail et d'investissement dans la formation suivie.

Pension et demi-pension :

- la participation aux repas est obligatoire pour tous les élèves demi-pensionnaires et internes.
- Afin d'assurer une gestion optimale du service de restauration, les absences aux repas doivent être motivées et exceptionnelles. Toute absence au repas doit faire l'objet d'une demande écrite adressée à la vie scolaire la veille du jour d'absence avant 16h.

REGIME 1 : SORTIE LIBRE

- **Description :**

L'élève peut sortir librement du lycée **en dehors des heures de cours et de permanence obligatoire et en cas d'absence d'un professeur.**

- **Applicabilité :**

- Élèves majeurs par défaut.
- Élèves mineurs si **aucune demande de régime n°2** n'est formulée par la famille.

REGIME 2 : SORTIE INTERDITE

- **Description :**

L'élève ne peut **pas sortir** du lycée **en dehors des heures de cours et de permanence obligatoire et en cas d'absence d'un professeur.**

S'il est interne il ne peut pas sortir.

- **Applicabilité :**

- Élèves mineurs pour lesquels la famille a formulé une demande écrite.



AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

pour la durée complète du cursus scolaire de mon enfant

Je, soussigné(e), **responsable légal** de l'élève (ou élève majeur) nommé ci-dessous:

Nom – Prénom de l'élève :

Conformément à la loi relative au droit à l'image, je dispose à tout moment d'un droit de libre accès aux données photographiques ou films concernant l'élève, d'un droit de vérification de l'usage qui en est fait, et d'un droit de retrait de cette autorisation, sur simple demande écrite auprès du chef d'établissement, si je le juge utile.

☐ J'AUTORISE le Lycée Maritime de Ciboure à prendre et à diffuser l'image de l'élève sur tous les supports du lycée (supports administratifs, pédagogiques, site Internet, réseaux sociaux, photographies de classe, médias extérieurs...) pour toute la durée de sa scolarité.

OU

☐ JE N'AUTORISE PAS le Lycée Maritime de Ciboure à utiliser l'image de l'élève, quel qu'en soit le support ou l'usage.

Signature de(s) responsable(s) légal(aux)

Signature de l'élève majeur

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
DATE : Signature du titulaire de l'autorité parentale :

⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :

Type de document (cocher la case) : ☐ Carte nationale d'identité ☐ Passeport ☐ Autre
(Préciser :)⁽²⁾
Délivré(e) le :
Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans ; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité ; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »

ATTESTATION DE NATATION

je soussigné (1), maître nageur sauveteur agréé, piscine de (2)

Certifie

que Mr, Mme, Mlle (1)
né(e) le à

à réussi les exercices de natation suivants :

- Parcourir au minimum 50 m, sans arrêt, dont 25 m au moins en nage ventrale et 25 m au moins en nage dorsale
- Rechercher un figuratif immergé à 2 m environ et le ramener à la surface

conformément aux dispositions de l'article 4, alinéa 7 de l'arrêté du 12 avril 1988 modifié (Ministère chargé de la Mer).

Signature de l'Impétrant,

.....

Signature du Maître Nageur Sauveteur,

.....

Cachet de la piscine

MNS n°

(1) nom et prénoms (2) nom de la piscine et Ville



Allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP)

Autorisation du représentant légal
Année scolaire 2025-2026

Je soussigné (e) (Nom, prénom) :

Représentant légal de l'élève mineur (Nom, prénoms).....

Né(e) leà

Inscrit au lycée maritime de Ciboure en classe de

☐ Autorise ce(tte) dernier(e) à recevoir sur son compte bancaire le virement de l'allocation dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

☐ N'autorise pas ce(tte) dernier(e) à bénéficier de l'allocation en faveur des lycéens professionnels dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel. À ce titre, l'allocation est versée sur mon compte en tant que représentant légal de l'élève mineur (joindre RIB).

Conformément à l'arrêté du 11 août 2023 déterminant les montants et les conditions de versement de l'allocation aux lycéens de la voie professionnelle engagés dans des périodes de formation en milieu professionnel, **cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de la pièce prouvant le lien entre le représentant légal et l'élève mineur ci-dessus mentionné (livret de famille, ...).**

En conformité avec ce choix, je :

- Certifie que les coordonnées bancaires transmises à l'établissement dont dépend mon enfant sont exactes ;
- Demande et accepte que tous les versements relatifs à l'allocation susmentionnée soient réalisés sur ces coordonnées de paiement pour la période relative à l'année scolaire en cours.

En cas d'erreur ou de modification des coordonnées bancaires au cours de l'année, le bénéficiaire et son représentant légal s'engagent à en informer l'établissement dont le bénéficiaire dépend et à lui communiquer dans les plus brefs délais un nouveau relevé d'identité bancaire.

En cas de changement d'établissement dans l'année, une nouvelle autorisation du représentant légal doit être transmise au nouvel lycée d'accueil.

Je reconnais être informé(e) des dispositions des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal, ce dernier prévoyant " [...] qu'« est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

Les informations que nous vous demandons au moyen de cette autorisation sont nécessaires pour le versement de l'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle. Ces informations sont enregistrées dans le traitement de données Aplypro, mis en place sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale pour le respect d'une obligation légale au sens du c) du 1 de l'article 6 du RGPD. Vous pouvez exercer votre droit de retrait du consentement sur cette autorisation auprès de l'établissement dont le bénéficiaire dépend. Pour en savoir plus sur l'utilisation de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits dans le cadre de l'application Aplypro, vous pouvez consulter les mentions informatives relatives à la protection de données à caractère personnel disponibles sur la décision d'attribution annuelle remise à l'élève bénéficiaire.

Date et signature du représentant légal



ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

FICHE INTENDANCE

Mail : christine.gasquard@mer.gouv.fr

Nom et Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____ Département : _____ Sexe : _____

Classe : _____

Forfait pension : Interne ☐ ½ pensionnaire ☐ Interne/Externé ☐ Externe ☐
(Tout mois entamé est dû en totalité. Tout changement de régime doit faire l'objet d'une demande écrite qui sera appliquée le mois suivant.)

Parents : Mariés ☐ Divorcés ☐ Autre : ☐ Veuillez préciser : _____

RESPONSABLE FINANCIER et ou DEMANDEUR DES BOURSES	AUTRE RESPONSABLE
Nom Prénom : _____	Nom Prénom : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
Adresse : _____ _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____ _____
Mail : _____@_____	Mail : _____@_____
Fixe : _____	Fixe : _____
Portable : _____	Portable : _____

Veuillez joindre un RIB valide du responsable financier

Avez-vous droit à l'allocation Rentrée Scolaire de la CAF : OUI ☐ NON ☐

Si oui, pensez à nous faire parvenir l'attestation de droit de la CAF avec le nom de votre enfant inscrit dessus

Allez-vous faire une demande de bourses nationales : OUI ☐ NON ☐

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER

PREMIERE INSCRIPTION

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

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

Par mail : ddtm-dml-gmn@pyrenees-atlantiques.gouv.fr

Ou par téléphone pour une prise de rdv : 05 59 52 59 70

Puis, 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 Ciboure par téléphone au 05 59 47 19 80

Si vous ne dépendez pas de Ciboure, 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.

CONSEILS ET PIECES MEDICALES A FOURNIR

- 1- Prévoyez que lors de la visite médicale, nous ferons un contrôle de vos urines, comprenant un test de drogues (venez **vessie pleine**)
- 2- 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)
- 3- 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**.
- 4- Le jour du RDV, ne pas oublier de rapporter, rempli et signé, le questionnaire biographique-médical qui vous aura été transmis. Sinon vous le remplirez sur place.
- 5- Si vous avez une maladie importante ou une séquelle, apportez tous certificats et comptes rendus médicaux y étant relatif.

Secrétariat des SSGM

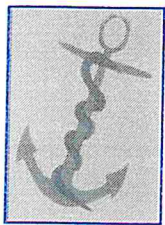
<u>Ville</u>	<u>Téléphone</u>
Bastia	04.95.32.84.72.
Bordeaux	05.56.00.83.21.
Boulogne-sur-Mer	03.21.30.87.08.
Brest	02.98.38.45.61.
Caen	02.31.43.19.59.
Cherbourg	02.50.79.15.69.
Ciboure	05.59.47.19.80.
Concarneau	02.90.08.57.09.
Dieppe	02.35.06.96.70.
Dunkerque	03.28.24.44.11.
Fort-de-France	05.96.60.79.96.
La Réunion	02.62.42.94.33.
Rochefort	05.46.82.29.88.
Le Guilvinec	02.98.58.27.18.
Le Havre	02.35.19.97.69.
Les-Sables-d'Olonne	02.51.23.98.75.
Lorient	02.97.37.49.87.
Marseille	04.91.39.69.19.
Nantes	02.40.44.81.39.
Paimpol	02.96.55.35.11.
Pointe-à-Pitre	05.90.21.29.19.
Saint-Malo	02.99.40.68.34.
Sète	04.67.46.33.28.
Saint-Nazaire	02.40.22.95.24.
Toulon	04.89.96.43.09.

Service de Santé des Gens de Mer

MEEDDM
DGITM/DAM/SSGM
Tour Séquoia
92055 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 01.40.81.39.62. / 39.66. / 39.68.

Télécopie : 01 40 81 39 70

Email : ssgm.dam.dgitm@developpement-durable.gouv.fr



Service de Santé des Gens de Mer

Le Service de Santé des Gens de Mer (SSGM) a mis en place l'informatisation du dossier médical des marins depuis 2000.

- Cette informatisation facilite l'accès de votre dossier à tous les Médecins des Gens de Mer, vous permettant ainsi de passer vos visites dans n'importe quel SSGM en France.
- Elle permet aussi aux médecins du **Centre de Consultation Médicale Maritime (C.C.M.M.)** de Toulouse d'accéder à votre dossier médical lors d'une consultation radio, en cas d'accident ou de maladie à bord, afin de mieux vous soigner et d'améliorer votre sécurité médicale en mer.

Le droit d'accès aux informations contenues dans votre dossier s'exerce dans les conditions prévues par la Loi « Informatique et Liberté » :

Les demandes de modification des données administratives peuvent s'exercer auprès de :

Monsieur le Chef du Service de Santé des Gens de Mer
DGITM/DAM/SSGM
Tour Séquoia
92055 LA DEFENSE CEDEX

Les informations médicales de votre dossier sont la propriété du SSGM et ne peuvent être communiquées que sur votre demande, soit à vous-même, soit à un médecin nommément désigné par vous.

Ne peuvent accéder à ces informations que les médecins et infirmiers des SSGM et le médecin régulateur du CCMM qui traite l'appel d'urgence du navire sur lequel vous êtes embarqué, dans le respect des règles professionnelles médicales.



Je soussigné(e) :

NOM : Prénom : N° d'identification :

Reconnais avoir été informé des conditions d'accès à mon dossier médical personnel informatisé.

- ☐ J'accepte qu'il soit consulté et renseigné par tout médecin ou infirmier des SSGM.
- ☐ J'accepte qu'il puisse être consulté par les médecins du CCMM, si nécessaire.
- ☐ Je refuse l'informatisation du dossier et demande que seul le médecin du SSGM dont je relève puisse accéder à mon dossier médical « papier ».

☐ ✓ (cocher les bonnes cases)

Fait à, le

Signature (parents ou tuteurs légaux si candidat mineur) :

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER STB-ATLANTIQUE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL

Veuillez répondre aux questions, dater et signer.

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Profession ou situation scolaire :

Situation de famille, nombre d'enfants :

ANTECEDENTS AU TRAVAIL

-Avez vous déjà consulté un médecin des gens de mer ? oui..... non
Si oui, où et quand :

-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.....	oui +.....	oui++
. Poussières, allergènes.....	non.....	oui +.....	oui++
. Bruit.....	non.....	oui +.....	oui++
. Vibrations.....	non.....	oui +.....	oui++
. Radiations, rayonnements.....	non.....	oui +.....	oui++
. Produits chimiques, gaz.....	non.....	oui +.....	oui++
. Produits pétroliers.....	non.....	oui +.....	oui++
. Postures inconfortables, gestes répétés rapidement?.....	non.....	oui +.....	oui++
. 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, une invalidité?oui.....non

ACTUELLEMENT

. Avez-vous des symptômes, une maladie ? : oui..... non

. Prenez-vous un traitement, des médicaments ?.....oui..... non
lesquels :

. Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?oui..... non

. Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie, ou autre ?oui..... non

. Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel, etc.)
ou un handicap même léger ; un bégaiement, une dyslexie, dyscalculie, dysorthographe ?..oui non

. Portez-vous une prothèse (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...).....oui.....non

. Avez-vous un déficit 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

ANTECEDENTS PERSONNELS

. Avez-vous déjà été opéré ?oui..... non

Année :	Motif :	
Année :	Motif :	

. Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (kératite).....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 accidents (sports, deux roues, automobile...).....oui.....non

Année :	lésions corporelles :	
Année :	lésions corporelles :	

. Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, pertes de connaissance oui.....non

. Avez-vous eu des fractures, luxations?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. **Asthme**.....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
- Hémothrombose, cirrhose oui non
- Calculs biliaires, pancréatite oui non
- Hépatites A, B, C oui non
- Lésions inguinales, cutanées, hiales et éverturations 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
- Maladies des coronaires (angine de poitrine, infarctus, ..) oui non
- Péricardites, endocardites oui non
- Maladies des artères, phlébites, varices oui non
- Hypertension artérielle oui non
- Anémies, purpuras, hémophilie, polyglobulies, flogékin oui non

Maladies génitales et urinaires

- Malformations des organes génitaux ou des glandes oui non
- Calculs urinaires, coliques néphrétiques oui non
- Maladies des reins (hydronephrose, 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 : oui non
 - dépressions, psychose manaco-dépressive 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
- Épilepsie (crises convulsives de tous types) oui non
- Scléroses, séquelles d'accident ou de traumatisme oui non

Maladies de la peau et des dents

- Exemple : eczéma, psoriasis, urticaires, etc oui non
- Prothèses, appareillage dentaire oui non

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux

- Des otites, cholestéatome, otospongiose oui non
- Maladies 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 frères, sœurs, enfants) ont-ils été atteints de maladie et laquelle oui non

Notamment: Asthme, diabète, hypertension artérielle oui non

Date :

Signature :

**SI LE CANDIDAT EST MINEUR,
SIGNATURE DU MAJEUR RESPONSABLE:**

NOM :

PRÉNOM :

SIGNATURE :

Mail : christine.gasquard@mer.gouv.fr

* Tarifs sous réserve de changement par la Région au 1^{er} janvier 2027

REPARTITION POUR DES REGLEMENTS PAR TRIMESTRE




	PENSION	½ PENSION	INT / EXT	EXTERNE
1 ^{er} Trimestre Du 01-09-2025 au 31-12-2025 4 mois	591.55€	223.20€	401.76€	0€
2 ^{ème} Trimestre Du 01-01-2026 au 31-03-2026 3 mois	443.67€	167.40€	301.32€	0€
3 ^{ème} Trimestre Du 01-04-2026 au 30-06-2026 3 mois	443.67€	167.40€	301.32€	0€
TOTAL ANNEE SCOLAIRE	1 478.89€	558.00€	1 004.40€	0€

REPARTITION POUR DES REGLEMENTS MENSUELS

(Sur 10 mois de Septembre 2024 à Juin 2025)

MOIS	PENSION	½ PENSION	INT / EXT	EXTERNE
Septembre	147.88€	55.80€	100.44€	0€
Octobre	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Novembre	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Décembre	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Janvier	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Février	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Mars	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Avril	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Mai	147.89€	55.80€	100.44€	0€
Juin	147.89€	55.80€	100.44€	0€
TOTAL ANNEE SCOLAIRE	1 478.89€	558.00€	1 004.40€	0€

MODES DE REGLEMENTS

VIREMENT	CARTE BLEUE	CHEQUE
<p>IBAN : FR76 1007 1640 0000 0010 0017 834 BIC : TRPUFRP1</p> <p>VIREMENT BANCAIRE </p> <p><i>Pour une meilleure sécurisation de vos paiements, privilégiez les virements</i></p>	<p></p> <p>Au bureau de la Comptabilité</p>	<p>OCCASIONNELLEMENT</p> <p></p> <p>N'oubliez pas de porter au verso le nom et le prénom de votre enfant.</p>

- Tout mois entamé est dû en totalité. Tout changement de régime doit faire l'objet d'une demande écrite qui sera appliquée le mois suivant.
- une carte turboself est fournie pour toute la scolarité. En cas de perte ou de détérioration, l'élève devra racheter une nouvelle carte pour un montant de 7€.
- Pour tout autre renseignement concernant les frais de scolarité, veuillez-vous conformer à l'article 8 du règlement intérieur

RENTÉE
2026

DES REPAS POUR TOUS UN TARIF POUR CHACUN

*La Région Nouvelle-Aquitaine vous
aide à financer les repas en fonction
de vos revenus.*



RÉGION
Nouvelle-
Aquitaine

× NÉO
TERRA

naqui.fr/tarification-solidaire

DES REPAS POUR TOUS UN TARIF POUR CHACUN

RENTÉE
2026

POURQUOI ?

Pour faciliter l'accès à la restauration scolaire dans les lycées publics, grâce à un tarif adapté à chaque situation et pour proposer une alimentation saine et locale à tous les élèves.

POUR QUI ?

Pour tous les lycéens et étudiants post-bac qui sont inscrits à un forfait de demi-pension ou d'internat.

COMBIEN ?

La tarification régionale est basée sur vos revenus et votre quotient familial. Avec cette aide, votre tarif peut être compris entre 2.30 € et 5.50 € par repas.

QUAND ET OÙ ?

À compter de septembre 2026, pour tous les établissements publics de Nouvelle-Aquitaine.

COMMENT ?

En s'inscrivant sur le site régional de la tarification de la restauration scolaire :

naqui.fr/tarification-solidaire

avec votre avis d'imposition 2026 sur les revenus 2025.

UNE QUESTION ?

Contactez-nous :

- 05 49 38 49 38 (+ choix 1)
- nouvelle-aquitaine.fr/contact



RÉGION
Nouvelle-
Aquitaine

× NÉO
TERRA

naqui.fr/tarification-solidaire