

Entreprise

Formation souhaitée

Nom :		Sauvetage secourisme du travail - initiale
Adresse :		Sauvetage secourisme du travail - MAC
Code postal :	Ville :	Prévention des risques liés à l'activité physique - IBC
NAF / activité :	SIRET :	Prévention des risques liés à l'activité physique - 2S (initiale ou MAC)
Nombre de salariés :		Action prévention secours - ASD
Numéro d'adhérent :		

Date(s) souhaitée(s) Date(s) :

Informations sur le(s) stagiaire(s)

Prénom & nom	Fonction	Date de naissance	Date de recyclage
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7 -			
8 -			
9 -			
10 -			

Responsable de suivi de formation

Informations sur la formation

Prénom + nom :		Avez-vous eu connaissance de la formation par l'intermédiaire :	
Fonction :		<input type="checkbox"/> du catalogue ou programme des formations	<input type="checkbox"/> de votre médecin du travail
Tél :	Fax :	<input type="checkbox"/> de la newsletter	<input type="checkbox"/> du site internet
E-mail :		<input type="checkbox"/> de votre réseau professionnel	<input type="checkbox"/> autre (préciser) :
Adresse (si différente) :		<input type="checkbox"/> de l'assistante santé-sécurité intervenue dans votre entreprise	
Code postal :	Ville :	Commentaires (cadre réservé au GIST) :	
Cachet + signature :			