

Entreprise

N° Adhérent :
Nom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

Formation souhaitée

Sauvetage secourisme du travail - initiale
 Sauvetage secourisme du travail - MAC
 Prévention des risques liés à l'activité physique – IBC - initiale
 Prévention des risques liés à l'activité physique – IBC - MAC
 Prévention des risques liés à l'activité physique - option bureau

Prise en charge par une OPCO :

Non Oui

Nom de l'OPCO :

Lieu souhaité (pour les formations SST)* :

Pontchâteau Saint Nazaire
 La Baule

*Les formations PRAP sont organisées en entreprise.

Date(s) choisie(s) :

Informations sur le(s) stagiaire(s)

	Nom / Prénom :	Nom de naissance :	Fonction :	Date de naissance :	Si MAC, date de fin de validité du certificat (joindre les cartes) :
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Salarié en situation de handicap nécessitant des besoins d'adaptation ? Oui Non

Nom : Prénom :
Adaptations demandées :

Responsable du suivi de la formation

Nom : Prénom :
Courriel :
Téléphone :
Cachet et signature :

Cadre réservé au SPSTI

Sollicitation du référent handicap ? Oui Non
Document analysé le :
Si oui, consignes :
Propositions d'adaptations par le formateur :