

Formation à la Prévention des Risques Professionnels

BULLETIN D'INSCRIPTION

(à remplir un par salarié et par formation)

ENTREPRISE

ANNEE : 2018

RAISON SOCIALE : _____

ACTIVITE : _____

N° SIRET : _____ EFFECTIF : _____

ADRESSE : _____

NOM et QUALITE DE LA PERSONNE A CONTACTER : _____

Date : _____

Signature du Responsable (**obligatoire**),

Tél. (obligatoire) : 0590 _____

Fax (obligatoire) : 0590 _____

Tampon de l'Entreprise

Mail : _____

STAGIAIRE

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

Fonction dans l'entreprise : _____

Fonction au sein du CHSCT : _____

Tél. (Bureau) : 0590 _____ Mobile : 0690 _____

Libellé de la formation : _____

Date : _____