

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION FORMATION SST

ENTREPRISE :

NOM/PRENOM :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

TELEPHONE : ADRESSE MAIL :

STATUTS :

Gérant Gérant salarié Salarié

OPCO :

OCAPIAT VIVEA AKTO Autre : A préciser :

FORMATION :

Initiale Recyclage* (date de fin de validité :))

* joindre la carte SST en fin de validité

Êtes-vous en situation de handicap :

Oui Non Si oui, de quel(s) aménagements avez-vous besoin ?

.....

VOS ATTENTES PERSONNELLES EN SUIVANT CETTE FORMATION :

.....
.....
.....

Avez-vous déjà été victime d'un accident ?

OUI NON

Avez-vous déjà été témoin d'un accident ?

OUI NON

Si oui, la formation SST vous a-t-elle aidé à bien réagir ?

OUI NON

Fait à :

Signature :

Le :