

## 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 :