



PÔLE
SANTÉ AU TRAVAIL

BULLETIN D'INSCRIPTION

LA FORMATION

Intitulé de la formation :

Date de la formation :

Lieu :

LE PARTICIPANT

Nom et prénom :

N° NPA :

Adresse personnelle :

Entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Nom du directeur :

Nom du secrétaire du CE :

Mandat actuel :

N° portable :

Email :

Avez-vous des besoins spécifiques ? Oui

Non

Si oui, lesquels ?

L'HÉBERGEMENT

Chambre pour la nuit du :

au

Oui

Non

Date :

Signature :

LA STRUCTURE DE VALIDATION

Syndicat / Section / CRTE :

Adresse :

Email :

Union federale de reference :

Date :

Tampon et signature de la structure :