

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) aménagement(s) 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 :