



SANTÉ TRAVAIL
Béziers Cœur d'Hérault

DEMANDE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

* Secourisme	* Incendie	* Prévention
S.S.T Initial	Utilisation des Extincteurs	PRAP I.B.C
M.A.C SST	Exercice D'évacuation	PRAP S.S
Utilisation du Défibrillateur	Equipe d'évacuation	C.P.S
	Visite commentée	Risque Routier

*Cocher la formation de votre choix

Date du stage

Entreprise		
N° Adhérent		
N° SIRET		
Ville		
Téléphone	Fax:	
Médecin du Travail		
E-mail		
Nom du responsable	Date et Signature	Cachet entreprise

Numéro SIRET et d'adhérent indispensable

Nombre total de stagiaire(s) _____

ATTENTION : Seul ce document dûment rempli sera pris en compte pour toute inscription à une formation

Cadre réservé au Médecin du Travail	
Je donne mon accord à cette demande	
Je ne donne pas mon accord à cette demande	

Date et signature :