



SANTÉ TRAVAIL  
Béziers Cœur d'Hérault

## DEMANDE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

* <b>Secourisme</b>	* <b>Incendie</b>	* <b>Prévention</b>
Utilisation du Défibrillateur	Utilisation des Extincteurs	Risque Routier
	Equipe d'évacuation	
	Exercice D'évacuation	

\*Cocher la formation de votre choix

Date du stage

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

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**

-----

<i>Cadre réservé au Médecin du Travail</i>	
<i>Je donne mon accord à cette demande</i>	
<i>Je ne donne pas mon accord à cette demande</i>	

Date et signature :