

**STAGE DE FORMATION
PREVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL / MALADIES PROFESSIONNELLES**

**FICHE A COMPLETER
(TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT OBLIGATOIRES)**

- Nom et prénom du stagiaire :
- Nom de jeune fille du stagiaire :
- Date et lieu de naissance :
- Numéro de Sécurité Sociale :
- Contact : mail et téléphone de l'entreprise :
.....
- Adresse personnelle complète :
.....
- Nom et adresse complète de l'entreprise :
.....
- Numéro de SIRET :
- Statut du stagiaire :
 - Chef d'entreprise
 - Cadre dirigeant
 - Salarié en charge ou impliqué dans les questions de prévention des risques professionnels
 - Président du CHSCT ou CSE
 - Représentant patronal assumant un mandat lié à la sécurité, la santé au travail et à l'amélioration des conditions de travail (réservé aux branches professionnelles et aux structures CPME)
 - Permanent syndical (réservé aux branches professionnelles et aux structures CPME)
- Nom et adresse du médecin du travail :
.....
.....