

**Partie réservée à l'instruction de la demande :**

Dossier reçu par : ..... le : .....

N° de référencement actuel : .....

**L'organisme de formation doit renseigner la totalité de ce formulaire de demande de rattachement, joindre les justificatifs et pièces annexes, et transmettre le dossier complet à l'adresse suivante :**

CARSAT Bretagne  
Direction des Risques Professionnels  
Pôle Ergonomie Formation  
236 rue de Chateaugiron  
35030 Rennes Cedex 9  
Tel : 02 99 26 62 23  
Mail : drp.habilitation@carsat-bretagne.fr

**Ce formulaire comprend :**

- **Une formulation de la demande et lettre d'engagement**
- **Une autorisation de diffusion des données afférentes au référencement**
- **Une partie administrative (critères 1)**
- **Une partie technico-pédagogique (critère 3)**

**Document cadre :**

« PréventiCoupe - Document de référence - Diagnostic & Formation » téléchargeable sur le site de la CARSAT Bretagne

**NB : Pour être référencé sur ce dispositif, l'organisme doit disposer d'au moins un formateur / consultant reconnu par le réseau Assurance Maladie – Risques professionnels. La formation-action « Affûtage / Affilage » doit être dispensée exclusivement par un formateur / consultant reconnu et rattaché à un organisme de formation référencé.**

**Pièces obligatoires constitutives du dossier de demande et à joindre au formulaire\* :**

***Partie technico pédagogique :***

***Volet reconnaissance du formateur / consultant (Critère 3)***

- ❖ Copie des CV actualisés des formateurs dont l'OF demande le rattachement.
- ❖ Les références des formateurs sur ce type d'action
- ❖ Copie des certificats de formateur PRAP IBC, valides.
- ❖ Tout justificatif attestant des compétences du formateur sur ce champ d'intervention (attestation de formation...)
- ❖ Copie de diagnostics / accompagnements d'entreprise

## Formulation de la demande et lettre d'engagement du responsable de l'organisme de formation

Je soussigné(e), Madame  Monsieur  ....., responsable de l'organisme de formation :

**Demande le rattachement de formateurs / consultants au dispositif « Diagnostic & Formation » intégré à la démarche PréventiCoupe** (référencement d'organismes de formation par l'Assurance Maladie – Risques professionnels, via la CARSAT Bretagne) dont les noms sont les suivants :

Nom – prénom :	Nom – prénom :
Nom – prénom :	Nom – prénom :

**M'engage par la présente à respecter les modalités de mise en œuvre du dispositif « Diagnostic & Formation »** pour lequel je suis référencé depuis le \_\_\_\_\_ en appliquant les prescriptions du document de référence en vigueur,

**M'engage à garantir la certification PRAP IBC des formateurs / consultants** intervenant dans mon organisme et que les formations-actions réalisées dans le cadre de ce dispositif respectent les prescriptions pédagogiques détaillées dans le document de référence,

**M'engage à tenir à jour les données afférentes à ce référencement et à signaler au réseau Assurance Maladie – Risques professionnels, via la CARSAT Bretagne, tout changement intervenant sur la durée de mon référencement.**

**Certifie que l'organisme de formation que je représente n'est pas structurellement lié à un fournisseur de matériel de découpe ou d'affûtage et d'affilage,**

**Certifie l'exactitude** de tous les renseignements fournis dans ce dossier de demande de référencement,

**A** ....., **le** .....

**Signature du responsable de l'organisme de formation**

**cachet de l'organisme de formation.**

## Partie 1 – DOSSIER ADMINISTRATIF

Critère 1	Fiche signalétique	
<p>Nom de l'organisme de formation</p> <p><b>Raison sociale :</b></p> <p><b>Nom commercial (si différent) :</b></p>		<p>Appartenance à un organisme national  <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                      Libellé et adresse du siège de l'OF national</p>
<p><b>Responsable de l'organisme</b> – Président/Directeur/Gérant (<i>préciser</i>) :</p> <p><b>Correspondant administratif référencement</b> (si différent) - <i>Permanent de l'organisme</i> :</p> <p>Nom Prénom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Adresse mail professionnelle (obligatoire) :</p>	<p>Ligne tel directe :</p>	
<p>Adresse du siège social :</p> <p><b>Site Internet :</b></p>		<p>Data Dock  <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Domaine d'intervention de l'OF :</p>
<p>Statut juridique :</p>	<p>N° SIRET :</p>	
<p>N° de déclaration d'activité (DIRECCTE) :</p>	<p>Date de création :</p>	
<p>N° référencement réseau Assurance Maladie – Risques professionnels :</p>	<p>Date de référencement initial :</p>	
<p>Code APE :</p>	<p>Assujetti TVA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	

## Autorisation de diffusion des données afférentes au référencement

Je soussigné(e), Madame  Monsieur  ....., responsable de l'organisme de formation ci-dessus désigné, autorise le réseau Assurance Maladie - Risques Professionnels à diffuser, par les moyens à sa convenance (site internet, documentation, réseaux sociaux ...), via la liste des organismes de formation référencés pour le dispositif « Diagnostic & Formation » intégré à la démarche PréventiCoupe, les informations suivantes :

- Le nom de mon organisme de formation, ainsi que mes coordonnées
- Le N° de mon référencement
- Ma zone d'intervention
- Le(s) nom(s) du contact référent pour le dispositif « Diagnostic & Formation » au sein de mon organisme, ainsi que ses coordonnées (téléphone et mail professionnels)
- Le(s) nom(s) des formateurs / consultants reconnus et rattachés à ma demande

Par la signature de ce document, j'atteste être informé que mes données personnelles ainsi que celles des formateurs/consultants rattachés à mon référencement, communiqués au réseau Assurance Maladie – Risques professionnels, via la CARSAT Bretagne, sont nécessaires à la gestion de mon référencement.

Signature :

Les organismes du réseau Assurance Maladie – Risques professionnels s'engagent à ne pas transmettre ces données à un tiers, hormis celles faisant l'objet de cette autorisation.

Vous devez informer les personnes dont vous collectez les données personnelles, de la finalité de la collecte et obtenir leur consentement.

Critère 3	Moyens humains		
Effectif total de l'OF :	Effectif formateurs tout domaine :	Effectif formateur PRAP IBC déjà rattaché à la demande :	
		Effectif formateur PRAP IBC en demande de reconnaissance :	
<p><b>Formateur / consultant référent pour le dispositif « Diagnostic &amp; Formation » désigné par l'OF :</b>            NOM Prénom :            poste occupé :            adresse mail professionnelle :            n° de tel professionnel:</p>			
Formateurs / consultants NOM prénom	Expérience technique en entreprises IAA (Références et durées)	Expérience et formation en Prévention des risques Professionnels (Références et durées)	Expérience et formation en Formation Professionnelles d'Adultes (Références et durées)