

Ouverture d'une session PréventiCoupe – Formation « Affûtage / Affilage »

FORMATION INITIALE

FORMATION CONTINUE

ORGANISME DE FORMATION REFERENCE DISPENSATEUR :

N° de référencement.....

FORMATEUR / CONSULTANT RECONNU :

Certifié PRAP IBC le : (date du dernier MAC)

NOMS et ADRESSE DE(S) ENTREPRISE(S)	N° SIRET

Adresse du lieu de la session : N° de session :

.....Nombre de participants : (6 maxi)

REPARTITION DES SEANCES

Date	Heure début	Durée

Durée totale de la formation :heures

PREVENTEUR(S) CARSAT/CRAMIF/CGSS	Informé(s) de cette session le :
Nom et prénom	

LE RESPONSABLE DE L'ORGANISME DE FORMATION DISPENSATEUR

Nom :Prénom :

Fait à : Le : Signature :

Ce document doit parvenir à la CARSAT BRETAGNE 15 jours avant le début des formations