Procès-verbal d'une session PréventiCoupe - formation « Affûtage / Affilage »

FORMATION INITIALE ☐ FORMATION CONTINUE ☐

ORGANISME DE FORMATION REFERENCE DISPENSATEUR : ……

N° de référencement : ……

FORMATEUR / CONSULTANT RECONNU : ……

Session N° : ……Dates de la session : ……Durée totale : ……heures

	Nom et Adresse de l'Entreprise	N° SIRET	Nombre de participants	Taux		
				Acquis	En cours d'acquisition	Non acquis
1				☐	☐	☐
2				☐	☐	☐
3				☐	☐	☐
4				☐	☐	☐
5				☐	☐	☐
6				☐	☐	☐

Le formateur / consultant	Le responsable de l'organisme de formation dispensateur	**Personnes** ayant assistés à tout ou partie de la formation : (Médecin du travail, préventeurs de la CARSAT/CRAM/CGSS/CSS …)
Date : Signature :	Nom : Prénom :	Nom : Prénom : Date : Signature
	Date : Signature et cachet :	Nom : Prénom : Date : Signature
		Nom : Prénom : Date : Signature

P.V. à retourner à la CARSAT BRETAGNE dans les **30 jours qui suivent la formation**