



NOTIFICATION D'OUVERTURE D'UNE SESSION DE SST



FORMATION **AFPS** ⇒ **SST** **RECYCLAGE**

ANIMATEUR DE LA SESSION : Nom : Prénom I.e.l. :

Formé le : par : date du dernier recyclage :

S'agit-il de la première formation dispensée par le moniteur ? OUI NON

DISPENSATEUR de la Formation : ENTREPRISE ORGANISME

..... N° Convention : SST

Adresse : N° SIRET :

Tél. : Fax : N° Déclaration d'activité :

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

Adresse des cours : N° de session :

..... Tél. : Nombre de candidats : (5 mini/10 maxi)

REPARTITION DES SEANCES

Date	Heure début	Durée	Date	Heure début	Durée

Durée totale de la formation (y compris risques spécifique à l'entreprise) :heures

MEDECIN(S) DU TRAVAIL : (Nom et prénom)	Informé(s) de cette session le :

LE RESPONSABLE DU DISPENSATEUR DE LA FORMATION

Nom : Prénom :

Fait à : Le : Signature :