

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION FORMATION SST

**ENTREPRISE :** .....

**NOM/PRENOM :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**TELEPHONE :** ..... **ADRESSE MAIL :** .....

**STATUTS :**

Gérant       Gérant salarié       Salarié

**OPCO :**

OCAPIAT       VIVEA       AKTO       Autre : A préciser : .....

**FORMATION :**

Initiale       Recyclage\* (date de fin de validité : .....) )

*\* joindre la carte SST en fin de validité*

**Êtes-vous en situation de handicap :**

Oui       Non      Si oui, de quel(s) aménagements avez-vous besoin ?

.....

**VOS ATTENTES PERSONNEL EN SUIVANT CETTE FORMATION :**

.....  
.....  
.....

**Avez-vous déjà été victime d'un accident ?**

OUI       NON

**Avez-vous déjà été témoins d'un accident ?**

OUI       NON

**Si oui, la formation SST vous a-t-elle aidé à bien réagir ?**

OUI       NON

Fait à :

Signature :

Le :