

# NOTIFICATION D'OUVERTURE D'UNE SESSION DE SST



FORMATION ☐ PSC 1  $\Rightarrow$  SST ☐ RECYCLAGE ☐

DISPENSATEUR DE LA FORMATION : ..... ENTREPRISE ☐ ORGANISME ☐

..... N°Convention :   SST

Adresse : ..... N° SIRET : .....

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

**MONITEUR DE LA SESSION :** ..... **Tél. :** .....

**N° Carte Moniteur :** ..... **date du dernier recyclage :** .....

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

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

Adresse des cours : ..... N°de session : .....

..... Tél. : ..... Nombre de candidats : ..... (4 mini/14 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**

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

## LE RESPONSABLE DU DISPENSATEUR DE LA FORMATION

Nom : ..... Prénom : .....

Fait à : ..... Le : ..... Signature :