



Institut National de Recherche et de Sécurité

# NOTIFICATION D'OUVERTURE D'UNE SESSION DE SST



FORMATION  PSC 1 ⇒ 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

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 :