Caisse Générale de Sécurité Sociale
Martinique

DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS
Place d'Armes - 97210 Lamentin cedex 2
Tél. 05 96 66 51 31/ 05 96 66 51 33 - Fax : 05 96 51 81 54
e-mail : formation.atmp@cgss-martinique.fr

Formulaire Téléchargeable sur http://drp.cgss-martinique.fr

FORMATION À LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS
DEMANDE D'INSCRIPTION

À nous faire parvenir au plus tard un mois avant le début du stage

1- ENTREPRISE

Raison sociale : _____

_____

SIRET* : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____

Commune : _____

Organisme facturant des formations : oui ☐ non ☐

Cotise pour le stagiaire au régime général : oui ☐ non ☐

Cachet, date et signature*

CONTACT RESPONSABLE DU DOSSIER*

Mme ☐ M. ☐

Nom : _____ e-mail : _____

Prénom : _____ Téléphone : _____

Fonction : _____ Fax : _____

2 - STAGIAIRE

Mme ☐ M. ☐ Nom* : _____

Prénom* : _____

Date de naissance* : _____/ _____/_____

e-mail : _____

GSM : _____

Téléphone : _____

Fonction : _____

_____

Adresse personnelle: _____

_____

_____

Code postal : _____

Commune : _____

Participe(ra)-t-il aux activités des IRP ? oui ☐ non ☐

Si oui, est (sera)-t-il : Président ☐ Secrétaire ☐ Membre ☐

3- STAGE SOUHAITÉ

Code du stage* : _____ Intitulé du stage* : _____

_____

Date du stage* : du _____/ _____/_____ au _____/ _____/_____

_____/ _____/_____ au _____/ _____/_____

_____/ _____/_____ au _____/ _____/_____

*** Informations obligatoires**