

Institut National de Recherche et de Sécurité
**NOTIFICATION D'OUVERTURE
 D'UNE SESSION DE MONITEURS SST**



FORMATION **PAE 3** ⇒ **MSST** **RECYCLAGE**

Dispensateur de la Formation : N° Convention : **007 SST 08 47**

Adresse :

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

Instructeur responsable de la session : **Tél.** :

N° Carte Instructeur : **Date du dernier recyclage** :

S'agit-il de la première formation dispensée par l'instructeur ? **OUI** **NON**

Nom et Prénom des candidats	NOMS de l'entreprise, de l'organisme ou de l'établissement de rattachement	N° SIRET

Adresse des cours : **Tél.** : **N° de session** :
 **Nombre de candidats** : (8mini/12 maxi)

Dates des Sessions	Durée des Sessions
Durée Totale de la Formation :	

Test d'aptitude pédagogique

Lieu et adresse précise :

..... **Date et heure du test** : **Tél.** :

Médecin (du travail) :

Dr : informé de cette formation le :

Le responsable de l'organisme formateur

Nom : **Signature** :
 et

Fait à : **Le** : **Cachet** :