

BULLETIN D’INSCRIPTION

FORMATION PREVENTION DES TMS ET RISQUES PHYSIQUES

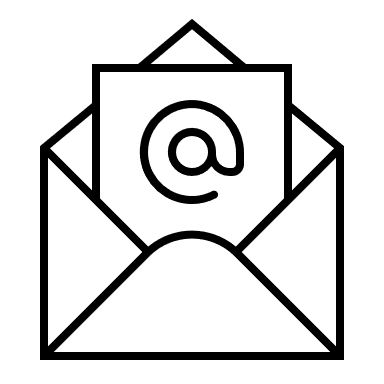
AGENTS DES SERVICES TECHNIQUES

**NOM – PRENOM** : \_ \_ \_

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Métier : \_ \_ \_

**Adresse e-mail de l’agent (professionnelle ou personnelle) \*** : \_ \_ \_

****

**\*** Sur cet e-mail l’agent recevra par **K**iné **F**rance **P**révention :

* La convocation ≈ 15 jours avant la session
* Un questionnaire RGPD, destiné à adapter le contenu de la formation aux problématiques de santé et aux environnements de travail > traitement des données par KFP
* L’attestation de formation

**IDENTITÉ DE LA COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT PUBLIC**

Collectivité / Ets Public : \_ \_ \_

CP – Ville : \_ \_ \_

Nom du responsable formation : \_ \_ \_

Adresse e-mail du responsable formation : \_ \_ \_

**Visa de l’autorité territoriale**

NOM : \_ \_ \_

Fait le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ **Signature et cachet**

**BON DE COMMANDE**

Durée formation : 1,5 jour

**Coût par agent =** **200 € + participation aux frais de déplacement du formateur**

**Délai de prévenance : minimum 3 semaines - si annulation, envoyez un mail à** [**geraldine.levier@cdg72.fr**](mailto:geraldine.levier@cdg72.fr)

**Aucune exemption financière n’aura lieu en deçà de ce délai**

**sauf en cas d’arrêt de travail justifié.**