



FORMATION INITIALE

PSC 1 -> SST

FORMATION CONTINUE

DISPENSATEUR de la Formation : **DEFI Informatique**

ENTREPRISE **ORGANISME**

N° Convention : _____ ou N° d'habilitation : _____

Adresse : **Rue des Pyrénées - ZI Abos Tarsacq
64360 ABOS**

N° SIRET : **39785501600028**

Tél : **05.59.60.71.59** Fax : **05.59.60.71.58**

N° Déclaration Activité : **72 64 03288 64**

FORMATEUR SST DE LA SESSION : **PELLY Florence**

Tél :

Formé le :

Date de la dernière formation continue :

NOM et ADRESSE DE(S) ENTREPRISE(S)	N° SIRET
FISONA - PARIS 08 (75008)	
SOFRON - TOULOUSE (31000)	

Adresse des cours :

**DEFI Informatique
RUE DES PYRENEES
ZI ABOS-TARSACQ
64360 ABOS
Tél : 05.59.60.71.50**

N° Session : **130004A**

Nombre de Candidat(s) : **4** (4 mini / 14 maxi)

REPARTITION DES SEANCES :

Date	H. Début	Durée	Date	H. Début	Durée
14/06/2013	09:00:00	7.00			

Durée totale de la formation (y compris risques spécifiques à l'entreprise) : **7.00** heures

MEDECIN(S) du TRAVAIL : (Nom et Prénom)	Informé(s) de cette session le :
Henry TOUSSAINT	13/06/2013
Pierre RAYER	13/06/2013

LE RESPONSABLE DU DISPENSATEUR DE LA FORMATION

Nom : **VALEYE**

Prénom : **Eric**

Fait à : **Abos**

le : **13-juin-2013**

Signature :