

FORMATION INITIALE PSC 1 -> SST FORMATION CONTINUE

Dispensateur de la Formation : **DEFI Informatique**

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

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

N° SIRET : **39785501600028**

Tél : **05.59.60.71.59**

Fax : **05.59.60.71.58**

N° Convention :

ou N° d'habilitation :

Formateur SST responsable de la session : **PELLY Florence**

Tél :

N° carte Formateur SST :

Date de la dernière formation continue :

SESSION N° : **130004A**

Dates de la session : **le 14 juin 2013**

Nombre de cours : **1**

Durée totale : **7** heures

Candidats présentés

Candidats validés

EVALUATION V (validé) E (éliminé)	Date formation initiale	Année de la dernière formation continue	Nom et Prénom des candidats	Date de naissance	Nom et Adresse de l'entreprise	N° SIRET
1	V	14/06/2013	ABADIE William	18/03/1975	FISONA - rue la Boétie - 75008 PARIS 08	
2	V	14/06/2013	BADIN Jean	02/06/1978	FISONA - rue la Boétie - 75008 PARIS 08	
3	V	14/06/2013	BERTO Marie	28/10/1971	SOFRON - rue de la liberté - 31000 TOULOUSE	
4	E		DEMY Mathieu	16/01/1980	SOFRON - rue de la liberté - 31000 TOULOUSE	

Le Formateur SST	Le responsable du dispensateur de la formation	Personnes habilitées
Date :	Nom : VALEYE Prénom : Eric	ayant assisté à tout ou partie de la formation : (Médecin du travail, référent SST de la CARSAT/CRAM/CGSS/CSS, autre formateur de formateurs SST, autre formateur SST)
Signature :	Date : 13-juin-2013 Signature et cachet :	Nom : Prénom : Date : Signature
		Nom : Prénom : Date : Signature