



Formation sur site concernant le bien-être au travail

(secourisme ou prévention incendie)

FORMULAIRE DE DEMANDE

1. Coordonnées de l'association :

Nom de l'institution :

Adresse :

Nombre de travailleurs salariés: Et nombre de salariés sous subside cohésion sociale :

Et en Equivalents Temps Plein :

2. Personne de contact :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Fonction :

Courriel :

@

3. Description et objectifs de la formation:

4.1. Objectifs de la formation :

4.2. Intitulé :

4.3. Contenu :

4. Identification de l'organisme de formation et données financières

(joindre un devis ou la référence à un catalogue de formation)

5.1. Nom de l'organisme de formation :

5.2. Date de début :

- Date de fin :

5.3. Nombre d'heures prévues :

- Nombre de séances prévues :

5.4. Coût de la formation :

- Montant demandé à l'ABBET :

5.5. Numéro de compte de l'association :

5. Personnel participant à la formation:

Nom travailleur	Prénom travailleur	Genre (F/H)	Fonction exercée	Statut (salarié, bénévole, indépendant, stagiaire)

6. Consultation du personnel et concertation paritaire

6.1. En cas de présence dans votre institution d'une délégation syndicale interne, ou du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT), ou d'un Conseil d'Entreprise (CE),

► veuillez informer l'ensemble du personnel et faire compléter par les représentants syndicaux l'avis suivant :

AVIS SYNDICAL		
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Mandat: DS <input type="checkbox"/> / CPPT <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/>	Mandat: DS <input type="checkbox"/> / CPPT <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/>	Mandat: DS <input type="checkbox"/> / CPPT <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/>
Organisation syndicale CNE <input type="checkbox"/> - SETCa <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>	Organisation syndicale CNE <input type="checkbox"/> - SETCa <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>	Organisation syndicale CNE <input type="checkbox"/> - SETCa <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>
Signature :	Signature :	Signature :

6.2. À défaut de représentants syndicaux au sein de votre institution,

► veuillez compléter l'attestation sur l'honneur (ci-après) et envoyer pour information le formulaire de demande aux trois permanents syndicaux de votre secteur par mail avec copie à info@abbet.org.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
NOM et Prénom du responsable :
Atteste que l'ensemble du personnel de l'institution a été informé de la demande
Signature :

Date, nom, fonction et signature du responsable de l'association