

DEMANDE DE FORMATION - PREVENTION ET SECURITE

à remplir complètement et très lisiblement

EMPLOYEUR

Établissement _____ Interlocuteur _____
Tel. _____ Email _____

SALARIE

NOM _____ Prénom _____
Tél. mobile _____ Commune de résidence _____
 PEC • CAE • Emploi d'Avenir • CDDI en SIAE • CDDU en AI
 Adulte-Relais • Service Civique Date fin de contrat : ____/____/____/
 Autre statut _____ Reconnaissance officielle d'un handicap

FORMATION

Formations de prévention et sécurité



- SST-SAUVETEUR SECOURISTE DU TRAVAIL** (2 jours) [Programme ici](#)
de 9h à 17h à Plaisir, Mantes-la-Jolie ou autres sites selon les demandes
- HABILITATIONS ELECTRIQUES BS BE MANOEUVRE** (2 jours) [Programme ici](#)
[Programme ici](#)
de 9h à 17h à Plaisir ou autres sites selon les demandes
- GESTES ET POSTURES / MANUTENTION DE CHARGES** (demi-journée) [Programme ici](#)
de 9h à 12h30 ou de 13h30 à 17h à Plaisir ou autres sites selon les demandes

- Consultez les programmes de formation et vérifiez l'adéquation aux besoins.
- Le FLES proposera par mail les dates et lieu de formation.
- Le coût des formations est pris en charge par le FLES pour les salariés en insertion des établissements adhérents.
- Les formations sont ouvertes aux autres publics sur prise en charge de l'employeur.

ENGAGEMENTS

Le salarié s'engage à suivre la formation et prévenir au plus vite le FLES et l'employeur en cas d'empêchement.

Signature du salarié

L'employeur s'engage à libérer le salarié aux dates et horaires de la formation et à prévenir au plus vite le FLES en cas d'empêchement.

L'employeur atteste que les informations ci-dessus sont exactes et s'engage à communiquer le justificatif sur demande du FLES.

Signature + Cachet de l'employeur

Date :

Pour tout renseignement Tel. 01.34.82.52.37

A transmettre au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com



Questionnaire FSE

à remplir pour chaque bénéficiaire d'une action du FLES

L'action du **FLES** est cofinancée par le **Fonds Social Européen** ; à ce titre, l'Union Européenne nous demande de recueillir auprès des bénéficiaires des informations qui feront l'objet d'un **traitement informatique anonyme destiné au suivi et à l'évaluation des actions.** Le destinataire des données est le Ministère du Travail en tant qu'autorité de gestion du programme FSE. Conformément à la loi "Informatique et Libertés", un droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la DGEFP (dgefp.sdfse@emploi.gouv.fr, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, DGEFP SDFSE, 14 Avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP).

Ce questionnaire doit être renseigné entièrement et très lisiblement.

NOM (en capitales)

PRÉNOM (en capitales)

.....

Date de naissance : (jour/mois/année) **Sexe** : homme femme

Ville de naissance : **Code Postal** : **Pays** :

Adresse (n° et nom de rue) :

Code postal : **Commune**

N° téléphone :

Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?

- Inférieur à l'école primaire Primaire, secondaire 1er cycle, CAP, BEP...
 Niveau baccalauréat Diplôme supérieur au baccalauréat

Vivez-vous seul(e) avec des enfants à charge ? Oui Non

Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ? Oui Non

Lors de votre embauche, aviez-vous le RSA, l'ASS, l'AAH ou l'API ? Oui Non

à transmettre au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com