

FICHE INSCRIPTION *intra entreprise*

***Vous êtes une* ENTREPRISE ASSOCIATION COLLECTIVITE**

FICHE INSCRIPTION + PIÈCES JUSTIFICATIVES A TRANSMETTRE PAR MAIL A : contact@infra-prevention.fr

LA FORMATION	Intitulé de la formation	
	Date de la session (ou période souhaitée)	
	Amplitude horaires souhaitée	
	Lieu de la formation (adresse complète)	

VOS COORDONNEES	Raison sociale/ Nom de votre entreprise/association/collectivité	
	N° SIRET	
	Contact en entreprise Nom / Fonction / Mail / Tel	
	Contact et adresse de facturation Si différente	

Document actualisé le 03/02/2026 indice 7



Si vous n'avez pas de locaux disponibles au sein de votre entreprise, avez-vous besoin qu'Infra Prévention se charge de louer une salle de formation adaptée ? Cochez :

Oui		Non	
-----	--	-----	--

Si la formation est réalisée dans vos locaux, merci de préciser en cochant :

EQUIPEMENTS	Parking sur place	Prises élec dans la salle	Eclairage naturel de la salle (fenêtres)	Tables et chaises en quantité suffisante
	Parking gratuit	Accès internet WIFI possible	Accès à des toilettes et un lavabo	Autres (à préciser) :
	Salle accessible aux PMR	Video projecteur	Paperboard	
	Salle chauffée en hiver	Ecran de projection	Tableau ardoise	

Précisions : Indiquez la superficie de la salle que vous proposez (minimum 20 m²) :

Pour le secourisme, la salle doit permettre la pratique au sol (sol propre et en bon état).

LES STAGIAIRES	Combien de salariés/agents/adhérents souhaitez-vous inscrire ?	Nombre exact :	
	Est-ce-que tous vos stagiaires savent :		
	Lire	Oui	Non
	Ecrire	Oui	Non
	Comprendre le français	Oui	Non
	Utiliser une tablette ou un ordinateur (pré requis demandé pour l'AIPR uniquement)	Oui	Non
	Est-ce-que l'un de vos stagiaires est reconnu en situation de handicap ?		
	Oui	Non	
	<i>Si oui, un entretien téléphonique sera convenu avec votre formateur en amont de la formation afin d'évaluer la situation de ce(s) salarié(s) et définir les mesures de compensation et le besoin d'aménagement particulier à ce(s) salarié(s).</i>		

Document actualisé le 03/02/2026 indice 7



Merci d'indiquer dans le tableau suivant les noms/prénom/date de naissance/ n° de sécurité sociale de chaque participant à la formation * :

Ces informations serviront à vérifier l'identité des stagiaires/participants le jour de la formation (et pour compléter le certificat SST si réussite aux épreuves certificatives).

NOM DE NAISSANCE	NOM D'USAGE	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE * (13 premiers chiffres)

***Conformément au décret n°2025-748 du 1^{er} août 2025, les organismes de formation sont dans l'obligation de déclarer les formations SST et AIPR sur le « passeport de prévention ». Pour cela, un décret du 20 novembre 2023, autorise les organismes de formation à collecter le numéro de sécurité sociale des stagiaires afin de renseigner le passeport de prévention. Si vous ne nous transmettez pas cette information, l'organisme de formation ne pourra pas inscrire les données réglementaires sur le « passeport de prévention ».**

Informations importantes :

Pour la formation SST, l'INRS exige un minimum de 04 personnes par session et un maximum de 10 personnes.

Pour l'AIPR, Infra Prévention privilégie 3 personnes minimum par session et 10 personnes maximum.

Au-delà de 10 personnes, une nouvelle session doit être organisée.

Veillez, dans ce cas, remplir le document page 04/04.



**Pièce justificative à joindre à cette inscription pour les SST MAC uniquement :
copie du certificat SST en cours de validité du stagiaire**

Cette fiche d'inscription ne vaut pas convention de formation (elle vous sera transmise après réception de cette fiche d'inscription dûment remplie et signée). L'inscription sera définitive à la réception de la convention signée et de toutes pièces justificatives.

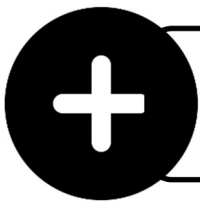
L'entreprise/ la collectivité / l'association certifie exacts les renseignements fournis dans ce document de 04 pages.

Fait à

Signature et tampon de l'entreprise/collectivité/association

Le

Document actualisé le 03/02/2026 indice 7



Vous avez plusieurs sessions de formation à organiser dans la même période dans votre entreprise/association/collectivité ? Merci de compléter ces informations en sus.

• **Session supplémentaire à organiser :**

- AIPR opérateur AIPR Concepteur SST INITIAL
 AIPR encadrant AIPR test seul SST MAC
 Sensibilisation aux gestes de secours Utilisation du défibrillateur DAE Autre (précisez) :

Date ou période de la session souhaitée :				
Lieu de la session souhaitée :				
Stagiaires/Participants				
NOM DE NAISSANCE	NOM D'USAGE	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE * (13 premiers chiffres)

• **Session supplémentaire à organiser :**

- AIPR opérateur AIPR Concepteur SST INITIAL
 AIPR encadrant AIPR test seul SST MAC
 Sensibilisation aux gestes de secours Utilisation du défibrillateur DAE Autre (précisez) :

Date ou période de la session souhaitée :				
Lieu de la session souhaitée :				
Stagiaires/Participants				
NOM DE NAISSANCE	NOM D'USAGE	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE * (13 premiers chiffres)