



CGSS Réunion



Merci d'envoyer ce B.I. sur prevention@cgss.re

# BULLETIN D'INSCRIPTION

Entreprise : ..... Date: / /  
 Raison sociale : .....  
 N° SIRET : .....  
 N° Risque : .....  
 Activité de l'entreprise : ..... Effectif :  
 Adresse : .....  
 .....  
 Tél : ..... Fax : ..... Email : .....  
 Existence d'une CHSCT : Oui/ Non\* Effacer la mention inutile

Dossier compété par : ..... Fonction : ..... Tél : .....

*Il est indispensable que le contrat d'assurance en responsabilité civile de l'entreprise couvre le salarié dans le cadre du stage organisé par la CGSS de la Réunion.*

## Stagiaire

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse personnelle : .....  
 .....  
 Tél professionnel : ..... Tél personnel : .....  
 Adresse e-mail (obligatoire) : .....  
 N° de Sécurité Sociale : .....  
 Stages précédemment effectués dans le domaine de la sécurité : .....  
 .....  
 .....  
 Secteur d'activité : .....  
 Fonction : .....  
 Stages souhaités : .....  
 .....  
 .....

**Visa du stagiaire**

**Visa du Chef d'Entreprise**