



Merci d'envoyer ce B.I. sur [prevention@cgss.re](mailto: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

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 dans le domaine de la sécurité :.....  
 .....  
 .....  
 Secteur d'activité:.....  
 Fonction: .....  
 Stages souhaités: .....  
 .....  
 .....

Visa du stagiaire

Visa du Chef d'Entreprise