

## DOSSIER D'INSCRIPTION – FORMATIONS PROFESSIONNELLES (SST, SSIAP, EXTINCTEUR, ÉVACUATION, GESTES & POSTURES)

⚠ À remplir et retourner à [contact@leones-formation.fr](mailto:contact@leones-formation.fr) ou par voie postale au 4 zone des portes d'Estillac 47 310 ESTILLAC.

### 1. CHOIX DE LA FORMATION

Selectionnez la formation souhaitée (cochez une ou plusieurs cases) :

#### SST – Sauveteur Secouriste du Travail

- Formation Initiale SST
- Maintien et Actualisation des Compétences (MAC) SST

#### PSSM – Premiers Secours en Santé Mentale

- Module standard
- Module jeune

#### SSIAP – Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes

- SSIAP 1 (Agent de sécurité incendie)
- SSIAP 2 (Chef d'équipe sécurité incendie)
- SSIAP 3 (Chef de service sécurité incendie)
- Remise à niveau / Recyclage SSIAP (précisez .....)

#### Incendie et Évacuation

- Manipulation des Extincteurs
- Gestion de l'Évacuation (Guide-file, Serre-file)
- Equipier de Premier Intervention

#### Gestes et Postures

- Prévention des risques (Personnel de bureau)
- Prévention pour manutentionnaires

#### Habilitation Électrique (NF C 18-510)

- B0-H0V : Personnel non électricien
- BS-BE Manceuvre : Interventions élémentaires
- B1V-B2V-BR-BC : Travaux électriques basse tension
- H1V-H2V-HE : Travaux électriques haute tension
- Recyclage habilitation électrique (précisez .....)

#### Formateur de formateurs

- Gestes et Postures (Pré-requis : avoir suivi la formation Gestes et Postures initiale et fournir une attestation ou un diplôme en cours de validité)

#### Date(s) de la session souhaitée :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025 → \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025

---

## 2. INFORMATIONS PERSONNELLES DU CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

NIR – Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

---

## 3. INFORMATION PROFESSIONNELLE (si prise en charge par l'employeur)

Nom de l'Entreprise : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

Poste du candidat : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom du Responsable RH / Formation : \_\_\_\_\_

Téléphone (RH) : \_\_\_\_\_

Email (RH) : \_\_\_\_\_

---

## 4. PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (PSH)

Notre organisme est engagé dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

◆ Si vous êtes en situation de handicap et souhaitez bénéficier d'un aménagement spécifique pour votre formation, merci de nous contacter directement M BARTHELEMY Maxence (référent handicap) :

-  Téléphone : 06 48 35 89 59
-  Email : [contact@leones-formation.fr](mailto:contact@leones-formation.fr)
-  Adresse : 4 zone des portes d'Estillac 47310 ESTILLAC

Un entretien sera proposé pour évaluer ensemble les possibilités d'adaptation de la formation à vos besoins.

---

## 5. DOCUMENTS À JOINDRE

- Pièce d'identité (recto/verso).
  - Photo d'identité récente (pour le SSIAP 1,2 et 3).
  - Diplôme SST à jour (pour SSIAP 1, 2 et 3).
  - Certificat médical d'aptitude (obligatoire pour SSIAP– Modèle en annexe).
  - CV (pour SSIAP 2 et 3 uniquement).
  - Attestation de l'employeur pour la justifier le pré requis (pour SSIAP 2 et 3).
  - Annexe : recueil d'informations pour l'habilitation électrique
  - Attestation ou un diplôme gestes et postures (pour la formation de formateur gestes et postures)
- 

## 6. PRÉ-REQUIS POUR LA FORMATION SSIAP

- Je possède un certificat SST valide (obligatoire pour SSIAP 1).
  - Expérience de sécurité incendie de 1607 heures minimum (pour SSIAP 2).
  - Expérience de 3 ans dans la gestion d'un service de sécurité incendie (pour SSIAP 3).
- 

## 7. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

- Financement personnel
  - Financement par l'employeur
  - OPCO (Préciser lequel) : \_\_\_\_\_
  - Autre organisme financeur (préciser) : \_\_\_\_\_
- 

## 8. ENGAGEMENT DU CANDIDAT

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude des informations fournies.  
Je m'engage à respecter les conditions de la formation et à fournir tous les documents nécessaires avant le début de la session.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025

Signature du candidat : \_\_\_\_\_

---

**ANNEXE : CERTIFICAT MÉDICAL TYPE (OBLIGATOIRE POUR SSIAP)**

**Certificat Médical d'Aptitude – Formation SSIAP**

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_, certifie que :

**M./Mme :** \_\_\_\_\_

**Né(e) le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

- A été examiné(e) en date du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025.
- Ne présente aucune contre-indication physique ou psychologique pour exercer les fonctions liées au **Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes (SSIAP)**.

**Durée de validité du certificat :** 1 an à partir de la date d'émission.

**Cachet et Signature du Médecin**

---

---

👉 Pour toute question, contactez-nous au 06 48 35 89 59 ou par email à  
[contact@leones-formation.fr](mailto:contact@leones-formation.fr)

## ANNEXE : RECUEIL D'INFORMATIONS POUR L'HABILITATION ÉLECTRIQUE

 Basé sur le point 8.4 de la brochure INRS ED 6127 – Décembre 2020

### RECUEIL D'INFORMATIONS PRÉALABLE À L'HABILITATION

Ce formulaire est à remplir par l'employeur avant la formation et à joindre au dossier d'inscription.

#### 1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

Nom du Responsable Sécurité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

#### 2. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Ancienneté dans l'entreprise : \_\_\_\_\_

Service / Département : \_\_\_\_\_

#### 3. NATURE DES OPÉRATIONS À RÉALISER

- Travaux d'ordre non électrique (B0-H0)
- Travaux d'ordre électrique basse tension (BT) (B1V-B2V-BR-BC)
- Travaux d'ordre électrique haute tension (HT) (H1V-H2V-HE)
- Opérations de consignation (BC-HC)
- Travaux sous tension (TST)
- Interventions élémentaires (BS-BE Manœuvre)
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

#### 4. ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU CANDIDAT

- Nature des installations électriques à proximité :
  - Basse tension (BT)
  - Haute tension (HT)
  - Très basse tension de sécurité (TBTS)
- Zone d'intervention :
  - Hors zone à risque électrique
  - Voisinage simple
  - Voisinage renforcé
- Matériel manipulé :
  - Outilage à main électrique
  - Appareils de mesure
  - Armoires électriques

---

## 5. APTITUDES ET EXPÉRIENCES DU CANDIDAT

- **Le candidat a-t-il déjà été habilité ?**  
 Oui (préciser le symbole : \_\_\_\_\_)  
 Non
- **Expérience dans les travaux électriques :**  
 Moins de 6 mois  
 Plus de 1 an  
 Plus de 3 ans
- **Formation électrique préalable :**  
 Oui (préciser : \_\_\_\_\_)  
 Non

---

## 6. MESURES DE PRÉVENTION MISES EN PLACE PAR L'ENTREPRISE

1. **L'entreprise fournit-elle les équipements de protection individuelle (EPI) adaptés ?**  
 Oui  
 Non
2. **Des audits de sécurité sont-ils réalisés régulièrement ?**  
 Oui  
 Non
3. **L'entreprise organise-t-elle des sessions de formation continue sur les risques électriques ?**  
 Oui  
 Non

---

## 7. ENGAGEMENT DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_, certifie que les informations ci-dessus sont exactes et reflètent l'activité professionnelle du candidat.

Je m'engage à respecter les recommandations de l'INRS concernant l'habilitation électrique et à fournir toutes les informations nécessaires pour assurer la sécurité du candidat lors des opérations électriques.

**Fait à :** \_\_\_\_\_

**Le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025

**Signature et cachet de l'entreprise :** \_\_\_\_\_

---

👉 Ce document est basé sur les recommandations INRS et fait partie intégrante du processus de délivrance d'habilitation électrique