

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

 À remplir et retourner à contact@leones-formation.fr ou par voie postale au 4 zone des portes d'Estillac 47 310 ESTILLAC.

1. CHOIX DE LA FORMATION

Sélectionnez 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 Manœuvre : Interventions élémentaires
- ☐ B1V-B2V-BR-BC : Travaux électriques basse tension
- ☐ H1V-H2V-HE : Travaux électriques haute tension
- ☐ Recyclage habilitation électrique (précisez)

Formateur de formateurs

- ☐ Référent Handicap
- ☐ Formateur Gestes et Postures
- ☐ Formateur Incendie
- ☐ Formateur habilitation électrique
- ☐ Formateur SST
- ☐ MAC Formateur SST

Date(s) de la session souhaitée :

.. /.. /....→ .. /.. /....

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 (réfèrent handicap) :

-  **Téléphone** : 06 48 35 89 59
-  **Email** : 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

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 :
 - ☐ Outillage 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*