

Je souhaite m'inscrire à la formation suivante :	
<input type="checkbox"/> Assistant/e de sécurité	<input type="checkbox"/> Chargé/e de sécurité MSST
<input type="checkbox"/> Cursus STPS	<input type="checkbox"/> Passerelle STPS pour chargé/e MSST
<input type="checkbox"/> Passerelle de droit MSST	
<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame
Nom	
Prénom	
Employeur actuel	
Adresse professionnelle	
Adresse privée	
La correspondance doit être adressée à :	
<input type="checkbox"/> Adresse professionnelle	<input type="checkbox"/> Adresse privée
Adresse de facturation	
No. de téléphone	
Adresse e-mail	
Profession	
Niveau de formation le plus élevé	
Années d'expérience professionnelle	

Date et signature:

Participant : _____

Employeur : _____

Merci de joindre une copie de vos diplômes et d'envoyer à F4S SA