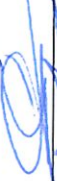
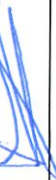
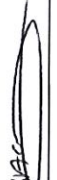


# ATTESTATION DE PRESENCE

La société ATOUT CONSEIL atteste par la présente de la réalité des informations portées ci-dessous à votre connaissance.

**FORMATION : SST INITIAL**  
Lieu du stage : Fos-sur-Mer

**DATE : 20 et 21/04/2026**  
**DUREE EN HEURES : 14h00**

| NOM de naissance et d'épouse ET PRENOM | ENTREPRISE | DATE ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE | SIGNATURE : Par ma signature, j'atteste avoir reçu la formation ci-dessus nommée  |                                                                                   |                                                                                   |
|----------------------------------------|------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                        |            |                                  | 08H30 - 12H00                                                                     | 13H30 - 17H00                                                                     | 08H30 - 12H00                                                                     |
| KUSSER BERNARD                         | SPRE       | 31/01/1967 03                    |  |  |  |
| BEAUSI ROLAND                          | SPRE       | 16/11/1991 13                    |  |  |  |
| Benguadida Ahmed                       | TECMI      | 02/06/1980 75                    |  |  |  |
| Andros Thierry                         | Assisteck  | 20/08/1966 25                    |  |  |  |
| Holin Freddy                           | Soprovise  | 05/12/1983 51                    |  |  |  |
| MAA Co Augier                          | Orlec      | 28/05/1984 75                    |  |  |  |
| BAOUL Nourad                           | ANS        | 26/05/1989 13                    |  |  |  |
|                                        |            |                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |
|                                        |            |                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |
|                                        |            |                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |
|                                        |            |                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |
|                                        |            |                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |
|                                        |            |                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires et indispensables pour vous dispenser la formation que vous souhaitez suivre. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à permettre de certifier vos qualifications professionnelles et ainsi de vous permettre l'accès pour les besoins de votre profession à des sites classés. Les destinataires des données sont les Entreprises Intervenant (votre employeur) et les Entreprises Utilisatrices. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat. Par la signature du formulaire, vous avez pris connaissance du règlement intérieur et vous engagez à le respecter.

**FORMATEUR** 

Par ma signature, j'atteste avoir dispensé la formation ci-dessus nommée.

Signature du responsable de l'organisme

**ATOUT CONSEIL**

ZA LAVALDUC - 110 Allée Paul LANGEVIN  
13270 FOS SUR MER  
Tél : 04 42 05 51 57 - Fax : 04 42 05 21 92  
E-mail : [formation@atout-conseil.fr](mailto:formation@atout-conseil.fr)  
Siret : 448 696 567 00024 - APE 7022Z