



ATTESTATION DE PRESENCE

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

FORMATION : ATEX 0

Lieu du stage : Fos sur Mer

DATE : 13/05/2026

DUREE EN HEURE : 4h00

NOM / PRENOM	ENTREPRISE	DATE ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE		SIGNATURE Par ma signature, j'atteste avoir reçu la formation ci- dessus nommée.
				08H00 - 12H00
Aloua Baptiste	INEXICO	15/05/1997	13	
GALIZZI Christophe	TECNI	23/03/1984	13	
Romain Hriel	MEDICO	27/04/1988	13	
RAFFATH Sébastien	RAS fos	01/07/83	13	
AUEBY YANN	SONELEC	29/12/71	30	
DOS SANTOS JEREMY	NEDICO	04/08/1987	94	
AMECHÉ A	Tecni	18/04/1969	99	
Giacometti Nicolas	LIP Arles	25/09/1986	13	
JULIEN Rémi	Nip Interim	23/02/2006	83	
GARCIA Elian	Time Service	28/03/1990	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.

Nom et signature du formateur : Par ma signature, j'atteste avoir dispensé la formation ci-dessus nommée.

FORMATEUR	Gilles ROUSTAIN	
Signature du responsable de l'organisme		