

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 : 01/07/2026**

**DUREE EN HEURE : 4h00**

| NOM / PRENOM    | ENTREPRISE              | DATE ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE |     | SIGNATURE<br>Par ma signature, j'atteste avoir reçu la formation ci-dessus nommée. |
|-----------------|-------------------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                         |                                  |     | 08H00 – 12H00                                                                      |
| BARKACAH CHOKRI | SOVITRAT                | 02/02/1970                       | 13  | BARKACAH                                                                           |
| ADJUTO LOCI     | Interim qualite         | 06/06/1976                       | 84  |                                                                                    |
| GANEAU EElan    | Interim lip / Pontifame | 21/03/2008                       | 13  | GANEAU                                                                             |
| AMBECAS ANTHONY | APM                     | 04/06/92                         | 13  | Anthony                                                                            |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |
|                 |                         | ___/___/___                      | ___ |                                                                                    |

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                               | TRUSCH Claire |                                                                                                                            |
| Signature du responsable de l'organisme |               | <b>ATOUT CONSEIL</b><br>ZA LAVALDUC - 110 Allée Paul FANGENH<br>13270 FOS SUR MER<br>Tél : 04 42 05 51 57 - Fax : 04 42 05 21 91<br>E mail : formation@atout-conseil.fr<br>Site : 448 876 567 00024 - APE 7022Z |