



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 : 03/07/2026

DURÉE 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
Moreau Benjamin	INEO PCH FOS	16/09/1998	13	
Garcin Mael	Securitas	31/03/2006	13	
MAHABIR Rehou	VOIP Sud	21/05/1982	39	
Achab Amar	IOYA CONCEPT	21/08/1986	13	
Nigont Tony	AZUR	25/07/2003	13	
Bostelle Jeremy	l'IP	23/10/1996	13	
STEC Xavier	TECHNI	27/08/1982	13	
Bond Paul	Nidrao	24/08/1981	13	
BAGGAR Karim Claude	Tregesinet	10/04/1972	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	CARBONNIER Denis	
Signature du responsable de l'organisme		