



1. Employeur

Dossier : _____

 Établissement

 Chantier

| | | | |
|--|----------|---|--|
| A. Identification de l'établissement ou du chantier | | Nos établissements <small>(Ces numéros sont disponibles à votre bureau régional de la CSST)</small> | |
| Nom de l'établissement ou du chantier de construction | | ETA | |
| Adresse | | Dossier de certification | |
| Tél : | Télec. : | N° du chantier | |
| Adresse de correspondance (si différente) | | Activité principale | |
| Courriel : | | | |

B. Nombre de travailleurs par quart de travail (voir la définition)

| Heures de travail | Nombre de travailleurs par quart de travail (autres que la direction) | | Noms des travailleurs à former | | Suite au verso → |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|------|------------------|
| | De | À | Nom | Date | |
| 1 ^{er} quart (jour) | h | h | | | |
| 2 ^e quart (soir) | h | h | | | |
| 3 ^e quart (nuit) | h | h | | | |
| 4 ^e quart (fin de semaine) | h | h | | | |
| Total dans l'établissement ▶ | | | Lieu de formation : | | |

Note : Si la subvention a été utilisée en sa totalité sur la période de trois ans, les frais inhérents devront être acquittés par l'entreprise

C. Nom de la personne autorisée à signer pour l'établissement ou le chantier

| | | |
|-------|-----------------|------|
| Nom | N° de téléphone | |
| Titre | Signature X | Date |

2. Organisme de formation

| A. Nombre de secouristes par quart de travail | | | B. Administration du programme | |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|---|
| | Nombre de secouristes (à former à la demande l'employeur) | Date de vérification de la CSST | Dates proposées | <input type="checkbox"/> Attendre appel <input type="checkbox"/> Confirmé pour le _____ (date) <input type="checkbox"/> Reporté au _____ (date) |
| 1 ^{er} quart (jour) | | | | |
| 2 ^e quart (soir) | | | | |
| 3 ^e quart (nuit) | | | Commentaires | |
| 4 ^e quart (fin de semaine) | | | | |

| |
|---|
| Nom de la personne qui a rempli le formulaire |
|---|

Tampon de l'organisme de formation
▶

D & G RÉANIMATION
 (Division de Gestion Para-Médical inc.)
 6005, boul. Grande-Allée Brossard (Québec) J4Z 3G4
 Tél.: 450 926-2301 Téléc.: 450 926-9794
 www.dgreanimation.com

Conditions d'inscription
 L'annulation de la participation au cours de secourisme doit être faite cinq jours avant le début du cours. Si la personne inscrite n'assiste pas à l'ensemble de la formation ou si l'annulation est faite moins de cinq jours avant le début de la formation, la CSST ne paie pas les frais de cours. Ils pourront être facturés à l'entreprise. Communiquer avec l'organisme de formation pour de plus amples renseignements.