



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 : 24/06/2026

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
Boumeddine Adam	SOVITRAT	12/03/2008	13	
HEDHIRI BRAHIM	IP 13	21/07/1983	99	
LE CARBONNIER Guillaume	DURAG France	01/08/1982	83	
BOUSSARSAR Ayman	Durag France	17/01/1990	99	
MOHR RONALD	clermossy	25/07/1969	57	
JOEL ARNAUD	FLODIM	21/10/1989	04	
BELLAMY Julien	ASA Concept	06/06/1979	13	
DARAOUA ABDELATIF	PRIMAN	11/02/1977	13	
Kessou Fayçal	SOPROUSE	07/01/1998	99	
		___/___/___	___	
		___/___/___	___	
		___/___/___	___	
		___/___/___	___	
		___/___/___	___	

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	A. CLAESSEN	
Signature du responsable de l'organisme		