



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 : 01/09/2026

DUREE EN HEURES : 4h00

NOM / PRENOM	ENTREPRISE	DATE ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE		SIGNATURE Par ma signature, j'atteste avoir reçu la formation ci- dessus nommée.
				13H00 – 17H00
Boille Jérémie	SPAC	19/03/2003	84	
CALVET DUMAREST THIBAUD	INEO	06/09/2007	13	
DEFUSTEL ADRIEN	INTERIM QUALITÉ	16/08/2006	13	
ATTOU Anthony	SPAC	26/07/1991	04	
SAINT-CIREL Noah	EFFIAGE	02/11/2004	971	
da Silva Ferreira Audhan	EIFFAGE	10/07/2006	13	
RAHALI / D'AMIEL	IMN	17/10/1976	30	
ATOUT FARID	IMN	06/07/1976	30	
ZENDJABIL Karim	PROMAN	02/11/1994	13	
ANDRIEN Anthony	SPSE	11/08/1987	13	
VAILLEAU Edm	SPSE	21/12/75	51	
		__/__/__	__	
		__/__/__	__	
		__/__/__	__	

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 Intervenantes (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		