

ZA LAVALDUC – 110 Allée Paul Langevin – 13270 FOS SUR MER

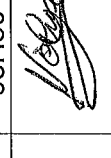
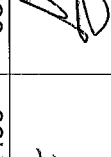
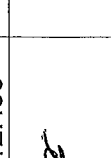
## FEUILLE D'EMARGEMENT

La société ATOUT CONSEIL atteste par la présente de la réalité des informations portées ci-dessous à votre connaissance.

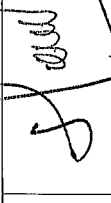
**FORMATION : PEMP- R486 – CAT. A/B**  
**LIEU DE STAGE : FOS SUR MER**

**DATE : 13 au 15/04/2026**  
**DUREE EN HEURES : 21h00**

**SOCIETE : IN2IN**

| NOM et PRENOM<br>Date et département de naissance | SIGNATURE                                                                           |                                                                                     | SIGNATURE                                                                           |                                                                                   | SIGNATURE                                                                         |                                                                                   |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | Par ma signature, j'atteste avoir reçu la formation ci-dessus nommée                | 08H30-12H00                                                                         | 13H30-17H00                                                                         | 08H30-12H00                                                                       | 13H30-17H00                                                                       | Par ma signature, j'atteste avoir reçu la formation ci-dessus nommée              |
| VEUX Gabriel                                      |  |  |  |  |  |  |
|                                                   |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires et indispensables pour vous dispenser la formation que vous souhaitez suivre.  
 Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié 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                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
| Habib M'SALEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Signature du responsable de l'organisme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
| <p><b>ATOUT CONSEIL</b><br/>                 ZA LAVALDUC - 110 Allée Paul Langevin<br/>                 13270 FOS SUR MER<br/>                 Tél : 04 42 05 51 57 - Fax : 04 42 05 21 92<br/>                 E-mail : <a href="mailto:formation@atout-conseil.fr">formation@atout-conseil.fr</a><br/>                 Siret : 448 696 567 00024 - APE 7022Z</p> |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                      |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |

**FEUILLE D'EMARGEMENT**

La société ATOUT CONSEIL atteste par la présente de la réalité des informations portées ci-dessous à votre connaissance.

**SOCIETE: IN2IN**

**TEST: CACES® R486 – CAT. A/B**  
**LIEU DU STAGE : FOS SUR MER**

**DATE DU STAGE : 16/04/2026**  
**DUREE EN HEURES : 7h**

| NOM et PRENOM | Date de naissance et<br>numéro du département de<br>naissance |              | SIGNATURE                                                                |             |
|---------------|---------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|
|               |                                                               |              | Par ma signature, j'atteste avoir reçu la<br>formation ci-dessus nommée. |             |
|               |                                                               |              | 08H30-12H00                                                              | 13H30-17H00 |
| VEUX Gabriel  | 18                                                            | 09 / 2006 13 |                                                                          |             |
|               | ___ / ___ / ___                                               | ___          |                                                                          |             |
|               | ___ / ___ / ___                                               | ___          |                                                                          |             |
|               | ___ / ___ / ___                                               | ___          |                                                                          |             |
|               | ___ / ___ / ___                                               | ___          |                                                                          |             |
|               | ___ / ___ / ___                                               | ___          |                                                                          |             |

J'atteste par ma signature que le Testeur n'est pas le formateur qui m'a formé en théorie et en pratique.

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.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifié 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.

Vous donnez votre accord pour l'utilisation de votre photographie. Vos données seront automatiquement supprimées un (1) an après la date d'expiration de validité de la dernière formation validée. Par la signature du formulaire, vous avez pris connaissance du règlement intérieur et vous engagez à le respecter.

Nom et signature du testeur.

Par ma signature, j'atteste avoir testé la ou les personne(s) ci-dessus nommée(s).

|                                         |                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Michael INCEGNIERI                      |                                                                                                                                                                                                                       |
| Signature du responsable de l'organisme | <br><b>ATOUT CONSEIL</b><br>ZA LAVALDUC - 110 Allée Paul LANGEVIN<br>13270 FOS SUR MER<br>Tél : 04 42 05 51 57 - Fax : 04 42 05 21 94<br>E-mail : formation@atout-conseil.fr<br>Siret : 448 696 567 00024 - APE 7022Z |