

ETUDES DE DANGERS NIVEAU 2

Attention, toutes les mentions demandées sont obligatoires

DREAL / DEAL / DRIEAT Ile-De-France

Région :

Code NAF : 8413 Z **SIRET** (9+5 chiffres)

Adresse :

Code postal : Ville :

Chef de service du participant

M. / Mme Nom - prénom : Service :

Responsable Local de Formation

M. / Mme Nom - prénom :

Courriel : Téléphone :

Participant – « Chaque stagiaire devra être muni de son PC portable »

M. / Mme Nom - prénom :

Courriel :

Date d'entrée en poste : Poste occupé :

Pré-requis : Avoir suivi la formation de base « Etude de dangers niveau 1 » ou avoir intégré une cellule spécialisée risques accidentels depuis plus d'un an

Confirmez-vous avoir suivi la formation EDD01 ? ☐ Oui ☐ Non. Si oui, à quelle date :

Vos attentes par rapport à la formation :

.....

.....

Session(s) disponible(s) – **Un seul choix possible**

(si session complète ou annulée, on vous proposera celle d'après)

EDD02/A 30/03>03/04/2026 Paris

EDD02/B 01>05/06/2026 Paris

Date et signatures

- Chef de Service du participant
- Responsable Local de Formation

Cachet

