**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**Réseaux des Acteurs de la Prévention**

**TMS**

**Nom de la collectivitÉ ou de l'Établissement** :

🕿:……………………………………………………………………………………………………………

**@** :………………………………………………………………………………………….…………………

**Lieu choisi et date choisie**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM(S) DES PARTICIPANTS** | **FONCTION(S)**Assistant de prévention – Conseiller de prévention – Représentant de la collectivité/Etablissement - Elu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Par courrier :** Centre de gestion du Gard

Service prévention des risques professionnels

183 Chemin du Mas Coquillard

30900 NIMES

**Par courriel :** prevention@cdg30.fr

**Par téléphone :** 04 66 38 86 96

AUTORITÉ TERRITORIALE

NOM ET SIGNATURE