**CONSEILLER PRÉVENTION RPS/QVCT (+ PSSM)**

 Management de la Qualité de vie au travail

Dossier d’inscription2025-2026



SESSION de septembre à décembre 2025 (7 jours + 14 h PSSM)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :** **Nom de jeune fille :** **PRENOM :** **Date de naissance :** **Adresse postale (pour l’envoi du certificat) :*** **Si vous exercez une activité professionnelle :**

**ENTREPRISE :   SECTEUR :** **FONCTION/SERVICE :** * **Si vous êtes actuellement sans emploi :**

**Etes-vous inscrit(e) au France Travail ?**  | **Tel portable :** **Email :**  |

**PARCOURS DE FORMATION**

 Merci de compléter le tableau suivant en commençant par les formations les plus récentes.

Formations initiales et continues diplômantes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | Etablissementfréquenté | Intitulé exactdu diplôme | Niveau de Diplôme  | Diplôme obtenuOui Non |
|   |   |   |   |    |  |

**Formations complémentaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Années | Nature de la formation et niveau | Durée | Organisme |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PROJET PROFESSIONNEL**

Missions ou postes en lien avec la prévention des risques psychosociaux et/ou la qualité de vie et des conditions de travail :

Précisez votre projet professionnel et vos attentes spécifiques par rapport à cette formation

Souhaitez-vous nous faire part d’informations spécifiques concernant votre situation ?

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Quelle prise en charge financière envisagez-vous (totale ou partielle) ? Cocher la case correspondante

|  |  |
| --- | --- |
|   | Financement entreprise |
|   | Financement individuel  |
|  | Financement France Travail |
|  | Autre financement (précisez) |

 Responsable du suivi de votre inscription :

 NOM, PRENOM :

 SERVICE :

 ADRESSE :

 EMAIL :

 TEL DIRECT :

A quelle adresse devra être libellée la convention de formation ? (Dénomination de l’entreprise + nom du représentant légal, le cas échéant) :

Adresse de facturation (si différente) :

En cas de prise en charge de la formation par un OPCO, veuillez nous adresser les coordonnées de l’OPCO et l’accord de prise en charge avant le démarrage de la formation. L’inscription ne sera validée qu’a réception de cet accord. En cas de non-réception de la prise en charge, la facture sera adressée directement à l’entreprise.

La facture devra-t-elle être déposée sur la plateforme Chorus pro ? ………………………………………..

Si oui, quelles seront les références à indiquer ( n° d’engagement, SIRET…)

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………….………………………………………………………………………………………………………Merci de nous retourner ce dossier d’inscription accompagné d’un C.V :

 Par mail à : contact@placedelamediation.com

Ou par courrier :

PLACE DE LA MEDIATION

A l’attention de Marie José GAVA

Tour Ariane

5, place de la pyramide

92088 Puteaux (Paris La Défense cedex)

Pour de plus amples renseignements :

[www.placedelamediation.com](http://www.placedelamediation.com)

Tel : 01 47 80 83 70

 contact@placedelamediation.com

Comment avez-vous connu cette formation ?

☐Par relations
☐ En effectuant une recherche sur Internet
☐ Par les réseaux sociaux (LinkedIn, Facebook, Twitter etc.)
☐ En consultant directement le site Internet de Place de la Médiation

☐ En consultant directement le site Internet de l’université de Cergy Pontoise

☐ Par votre service des Ressources Humaines/formation
☐ Par un mailing/newsletter
☐ Par la presse

☐ Autre (précisez) :