

# FICHE D'INSCRIPTION POUR LES PROGRAMMES FPTLV

---

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX  
Définir les risques psychosociaux (Module 1)

**DATES DE SESSION :**

**ORGANISME :** PSYA

**DURÉE :** 1/2 journée soit 3h30

**PUBLIC CIBLE :** Tout agent de la Fonction Publique Hospitalière

**NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT (ET CACHET) :**

**ADRESSE E-MAIL DU SERVICE FORMATION :**

---

## FICHE DE RENSEIGNEMENT DE L'AGENT

---

**NOM**

**PRENOM**

**GRADE**

**TÉL PERSO**

**E-MAIL**

---

## FICHE DE RENSEIGNEMENT DE L'AGENT

---

**NOM**

**PRENOM**

**GRADE**

**TÉL PERSO**

**E-MAIL**

---

## FICHE DE RENSEIGNEMENT DE L'AGENT

---

**NOM**

**PRENOM**

**GRADE**

**TÉL PERSO**

**E-MAIL**