**Accidents du travail, du trajet et maladies professionnelles.**

### Lundi 24 avril 2017 (9 h 30 à 17 h)

 ***L’UD93 CFE-CGC
organise le stage suivant :***

**Public concerné :** **tout public en activité et dont la caisse primaire d’assurance-maladie est située en Ile de France.**

**Lieu** : Union Locale de Bobigny – Bourse Locale de Bobigny – Espace Maurice Nilès –

11 rue du 8 mai 1945 – 93000 BOBIGNY

**Renseignements et inscriptions :**

***Téléphone. : 01 48 32 44 25 e.mail :*** *ud93@cfecgc.fr*

**Animateurs :** Daniel Garnesson et Frédéric Kamowski (formateurs agréés par la CRAMIF),

**Programme**

* Présentation de différentes statistiques concernant les AT/MP.
* Définitions légales et les principes généraux des accidents du travail, du trajet et des maladies professionnelles.
* Procédures de déclaration pour la reconnaissance d’une maladie professionnelle ou suite à accident du travail ou du trajet.
* Procédures de réparation pour la reconnaissance d’une maladie professionnelle ou suite à accident du travail ou du trajet.
* Recours suite à litiges AT/MP.
* Obligations de l’employeur pour prévenir les AT/MP.

**Objectif du stage**

Permettre aux stagiaires de s’approprier tous les éléments de base pour la maîtrise des problématiques relatives aux accidents du travail, du trajet et à la reconnaissance des maladies professionnelles.

**Informations pratiques**

**Contrairement aux formations habituellement assurées dans le cadre du Plan de Formation de la CFE-CGC, aucune prise en charge financière n’est assurée au titre des stages organisés par l’UD93 CFE-CGC. Par contre, le repas du midi sera pris en charge par les organisateurs.**

* **Le nombre de places est limité pour des raisons pratiques. Nous vous conseillons de répondre au plus vite si vous êtes intéressé(e), en nous retournant OBLIGATOIREMENT le Bulletin d’inscription ci-dessous correctement rempli, ainsi que le bulletin de renseignement ci-joint.**
* **Nous vous remercions par avance pour votre ponctualité.**

**Salutations syndicales.**

**Daniel GARNESSON**

**Frédéric KAMOWSKI**

**BULLETIN d’INSCRIPTION**

### Formation du lundi 24 avril 2017 dans les locaux de la Bourse Locale de Bobigny

**Accidents du travail, du trajet et maladies professionnelles.**

*Nom : Prénom :*

*Email :*

*Adresse postale :*

*Sera présent(e) [ ]  OUI* *[ ]  NON*

*participera au repas [ ]  OUI* *[ ]  NON*

***Merci de bien vouloir remplir le plus complètement possible***

***le document de la page 3 et de nous le retourner le plus rapidement possible (fiche destinée à l’émargement).***

(à remplir en **MAJUSCULE** et à SIGNER impérativement)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom ① | R | A | M | I |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Prénom usuel : OMAR

Adresse complète : 90 RUE EDOUARD RENARD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Code postal | 9 | 3 | 0 | 0 | 0 | Ville | B | O | B | I | G | N | Y |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🕾 per\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 🕽 portable \* | 0 | 6 | 5 | 1 | 6 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🕾 prof\* |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mail \* | omarrami@hotmail.com |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Vos mandats syndicaux à l’intérieur de l’entreprise** *(cocher les cases correspondantes à votre action)*

DP **■** DS **□** RS **□**

CE **□** CHSCT **□**

Profession : CONSULTANT

Raison sociale de l’employeur (nom) ALTRAN TECHNOLOGIES

Adresse de l’employeur (lieu de travail) 2 RUE PAUL DAUTIER

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Code postal | 7 | 8 | 4 | 5 | 7 | Ville | V | I | L | I | Z | Y | - | V | I | L | L | A | C | O | U | B | L | A | Y |  |  |  |

Numéro d’immatriculation à la sécurité sociale \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 1 | 6 | 6 | 0 | 2 | 9 | 9 | 3 | 5 | 2 | 7 | 6 | 8 |  | 1 | 3 |  |  |  |  |

C.P.A.M d’affiliation SEINE SAINT-DENIS

Centre de paiement (éventuellement) BOBIGNY

Date et signature

03-04-2017

**■ Participera au stage**

**□ Ne participera pas au stage**

① ***Suivi s’il y a lieu, du nom d’époux***

\* obligatoire