

FORMATION DECOUPE LASER

MEMBRE

Nom : _____
Prénom : _____

FORMATION DE GROUPE

Date : _____ Instructeur : _____
Appréciation : _____

QCM

Résultat : _____ %

TRAVAIL INDIVIDUEL ENCADRE

Date : _____ Instructeur : _____
Appréciation : _____

TRAVAUX SOUS SUPERVISION

Date	Membre superviseur	Travaux réalisés

DEMANDE D'HABILITATION

L'objectif de cette formation est de vous habilitier à utiliser la découpeuse laser de manière autonome. Le Comité de Pilotage délivrera cette habilitation quand il jugera que vous pouvez utiliser cet outil en toute sécurité. Cette habilitation peut être suspendue ou révoquée en cas d'évènement grave.

En tant qu'utilisateur de cet outil, vous devez respecter les consignes, assister les autres membres et signaler tout évènement inhabituel.

Le _____

Signature