



Afin de prendre en compte votre inscription, ce formulaire doit nous être retourné à **contact@htc-tv.fr** ou par voie postale à HTC TECHNIQUES VERTICALES – Zone d’activités Valdonne – 13124 PEYPIN – France

Please completed all boxes in CAPITAL letters and sended it at : **contact@htc-tv.fr** or by post : adress above.

IDENTITÉ (Merci de bien vouloir compléter vos informations en MAJUSCULES et de façon lisible)

NOM ET PRENOM <i>FIRST AND FAMILY NAME</i>			
DATE DE NAISSANCE <i>DATE OF BIRTH</i>		LIEU DE NAISSANCE <i>PLACE OF BIRTH</i>	
ADRESSE COMPLETE <i>FULL HOME ADRESS</i>			
CODE POSTAL ET VILLE <i>ZIP CODE AND TOWN</i>		PAYS <i>COUNTRY</i>	
TÉLÉPHONE PERSONNEL <i>CALL NUMBER</i>			
MAIL			
NATIONALITE <i>NATIONALITY</i>		N° CARTE D'IDENTITE OU PASSEPORT <i>ID IDENTITY CARD OR PASSPORT</i>	
WINDA ID (Si applicable) <i>WINDA ID Number (if applicable)</i>			
SITUATION PROFESSIONNELLE <i>PROFESSIONAL SITUATION</i>	<input type="checkbox"/> Salarié(e) (<i>Employee</i>) <input type="checkbox"/> Demandeur d’emploi (<i>Unemployed</i>) <input type="checkbox"/> Indépendant (<i>Free lancer</i>) <input type="checkbox"/> Autre (<i>Other</i>)		

FORMATION (COURSE)

VOTRE FORMATION <i>YOUR(S) COURSE(S)</i>	<input type="checkbox"/> TOUS LES MODULES (<i>Full</i>) <input type="checkbox"/> SURVIE EN MER (<i>Sea Survival</i>) <input type="checkbox"/> PREMIERS SECOURS (<i>First Aid</i>) <input type="checkbox"/> GESTES ET POSTURES (<i>Manual Handling</i>) <input type="checkbox"/> MANIEMENT DES EXTINCTEURS (<i>Fire Awerness</i>) <input type="checkbox"/> TRAVAIL EN HAUTEUR (<i>Work at Height</i>)
S’AGIT-IL :	<input type="checkbox"/> FORMATION INITIALE (<i>First Course</i>) <input type="checkbox"/> FORMATION RECYCLAGE (<i>Refresher</i>) Si Recyclage, merci d’indiquer ci-dessous la date de fin de validité de vos modules : <i>If Refresher, please mentionned below the end of validity for the precious course :</i> SURVIE EN MER (<i>Sea Survival</i>) : PREMIERS SECOURS (<i>First Aid</i>) : GESTES ET POSTURES (<i>Manual Handling</i>) : MANIEMENT DES EXTINCTEURS (<i>Fire Awerness</i>) : TRAVAIL EN HAUTEUR (<i>Work at Height</i>) :

 	INSCRIPTION FORMATION GWO  <small>GLOBAL WIND ORGANISATION</small>	DOC_PDG_5
		Version : V8
		Date : 17.11.2022
	REGISTRATION GWO COURSE (WIND TURBINE)	Page 1 sur 2

SITE DE FORMATION TRAINING VENUE	<input type="checkbox"/> MARSEILLE_PEYPIN (13) <input type="checkbox"/> LILLE_SIN LE NOBLE(59) <input type="checkbox"/> NANTES_CHATEAUBRIANT (44)
DATES DATE OF COURSE	Du/...../ 2025 au/...../ 2025
DOCUMENTS À FOURNIR <small>(Au plus tard, le premier jour de la formation)</small> DOCUMENTS TO PROVIDE <small>(Maximum the first day of course)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copie Carte d'identité ou Passeport <i>(Copy National Identity Card or Passport)</i> ▪ N° WINDA GWO <i>(WINDA ID)</i>

VOUS ET VOTRE EXPERIENCE

ANNÉES D'EXPERIENCE (sur cordes) <small>ROPE ACCESS EXPERIENCE</small>	<input type="checkbox"/> 0 à 3 ans (year) <input type="checkbox"/> 3 à 6 ans <input type="checkbox"/> 6 ans et plus
POUR QUELLES RAISONS SOUHAITEZ VOUS PARTICIPEZ A CETTE FORMATION ? <small>(Cochez la case correspondante)</small> <small>WHY, DO YOU WANT PARTICIPATE AT IRATA ROPE ACCESS COURSE ?</small>	<input type="checkbox"/> Développement et/ou maintien mes compétences <i>(To grow up/keep my skills)</i> <input type="checkbox"/> Adaptation à mon poste de travail <i>(Need for job)</i> <input type="checkbox"/> Reconversion professionnelle <i>(Changing job)</i> <input type="checkbox"/> Autre (Other) :
VISITE MEDICALE <small>MEDICAL STATE</small>	Date de votre dernière visite médicale : Date of last medical visit :
PERSONNE À PREVENIR (PEOPLE TO CALL) <small>En cas d'accident (In case of accident)</small>	Nom et Prénom : Lien de parenté : Téléphone :
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES <small>MORE INFORMATIONS TO SHARE</small>	Souhaitez-vous porter à notre connaissance, d'autres informations liées à votre inscription ? Do you have any question about your registration ?
VOTRE TAILLE DE T-SHIRT (SIZE)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL
PARLEZ-VOUS ANGLAIS ? <small>DO YOU SPEAK FRENCH ?</small>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Date et Signature