

**Télécopieur : 416-344-3493 OU Courriel : SCIPTraining@wsib.on.ca**

Numéro de compte à la CSPAAT		Numéro d'entreprise à la CSPAAT		Nombre de travailleurs	
Avez-vous d'autres numéros de compte à la CSPAAT? Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Raison sociale de l'entreprise			Appellation commerciale de l'entreprise		
Adresse		Ville		Province	Code postal
Téléphone		Télécopieur		Association professionnelle (s'il y a lieu)	
Participant 1 (propriétaire) *		Titre du poste		Adresse électronique d'affaires	
Nom du participant 2 *		Titre du poste		Adresse électronique d'affaires	
Indiquez le lieu de formation et les dates que vous préférez : Lieu : _____ Dates : _____					

**\*La participation est limitée à deux personnes par entreprise.**

<b>MODALITÉS DE PARTICIPATION</b>	<b>Initiales</b>
<b>1.</b> Le participant est le propriétaire ou un cadre supérieur** de l'entreprise (voir la définition ci-dessous).	
<b>2.</b> Le propriétaire ou cadre supérieur doit assister aux deux séances.	
<b>3.</b> Les primes de l'employeur doivent être de 90 000 \$ ou moins.	
<b>4.</b> Le compte de l'employeur à la CSPAAT doit être en règle (payé à ce jour).	
<b>5.</b> Si un décès traumatique survient pendant la participation au programme, l'employeur ne sera pas admissible à recevoir le rabais du programme.	
<b>6.</b> L'employeur ne peut pas être inscrit au programme Groupes de sécurité présentement ni avoir reçu par le passé un rabais dans le cadre du PESC pour nouvelles petites entreprise ou du programme Sensibilisation à la santé et à la sécurité.	
<b>7.</b> Dans le cadre de l'évaluation continue, on peut demander aux participants de remplir des questionnaires ou de participer à des sondages ou des entrevues.	

Signature du propriétaire ou du cadre supérieur	Date (jj/mmm/aaaa)
---	--------------------

**\*\* Définition de cadre supérieur :** Le principal décideur au sein de l'entreprise, celui qui est chargé d'approuver l'allocation des ressources au nom de l'entreprise (personnel, équipement, formation et matériel).

**Veillez retourner le présent formulaire par courriel, par télécopieur ou par la poste à :**

Commission de la sécurité professionnelle  
et de l'assurance contre les accidents du travail  
Division des services de santé et sécurité au travail  
200, rue Front ouest, 11<sup>e</sup> étage  
Toronto, ON M5V 3J1  
À l'attention de : June Harris

**Téléphone :** (416) 344-4077 OU 1-800-387-0750, poste 4077

**ATS :** 1-800-387-0050

**Télécopieur :** (416) 344-3493

**Courriel :** SCIPTraining@wsib.on.ca