

Bulletin d'inscription

Formations à l'hygiène et à la sécurité des aliments

Formation souhaitée

Intitulé du/des modules :

Dates et horaires souhaités* :

*jour de la semaine, horaires, périodes hors scolaires... afin d'adapter au mieux les modalités de formation en fonction des demandes

Entreprise / Collectivité

Raison sociale :

Nom du responsable :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Tel :

E-mail :

Numéro de SIRET :

Prise en charge OPCO

Nom de l'organisme de prise en charge :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

N°du dossier de prise en charge :

Participants à la formation (la liste peut être rédigée sur papier libre)

Madame Monsieur

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : **Poste occupé :**

Adresse e-mail :

Madame Monsieur

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : **Poste occupé :**

Adresse e-mail :

Madame Monsieur

Nom : **Prénom :**

Né(e) le : **Poste occupé :**

Adresse e-mail :



Bulletin d'inscription à retourner au laboratoire

LAVAD 10 departement.lvd@aube.fr
Chemin des champs de la loge
CS 70216 - 10006 TROYES Cedex
03.25.42.52.00

Vos interlocutrices :
Céline ROSTAN Responsable des Audits et Formations
Karine FANDARD Responsable du suivi administratif
Emilie GUIBERT Responsable Qualité du laboratoire

Informations pratiques :
Les sessions de formation sont ouvertes à partir de **3 inscrits minimum** et dans la limite de **15 places maximum**. Ces conditions peuvent être modifiées selon les règles sanitaires en vigueur.

Votre situation nécessite des adaptations ? Merci de nous faire part de vos besoins particuliers auprès de nos interlocutrices ou par mail à l'adresse suivante : departement.lvd@aube.fr

Date :

Signature et cachet de l'entreprise :

