

# 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](mailto: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](mailto:departement.lvd@aube.fr)

Date : .....

Signature et cachet de l'entreprise : .....

