



59 rue du Vieil Hôpital  
BP 40135  
39802 POLIGNY Cedex 2  
03 84 73 73 40  
lda39@jura.fr  
www.lda39.fr

Société : .....  
Contact : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... VILLE : .....

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Renseignez le(s) Nom(s) et Prénom(s) des personnes que vous souhaitez inscrire.

➔ **Important** : merci de préciser les attentes/besoins de la/des personne(s) vis-à-vis de la/les formation(s) retenue(s).

PARTICIPANT(E)S	
	NOM(S) et Prénom(s)
<p>MAITRISER L'HYGIENE EN PRODUCTION ALIMENTAIRE <b>Mardi 10.10.2023</b></p> <p>Inscription avant le : 26.09.2023</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Merci de préciser vos attentes: .....</p> <p>.....</p>
<p>INTERPRETER SES RESULTATS D'ANALYSES EN MICROBIOLOGIE ALIMENTAIRE ET METTRE EN PLACE DES ACTIONS CORRECTIVES <b>Jeudi 16.11.2023</b></p> <p>Inscription avant le : 02.11.2023</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Merci de préciser vos attentes: .....</p> <p>.....</p>
<p>MAITRISER LE RISQUE LEGIONELLES <b>Mardi 11.12.2023</b></p> <p>Inscription avant le : 28.11.2023</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Merci de préciser vos attentes: .....</p> <p>.....</p>

### Prise en charge financière de la formation

Etablissement et adresse mentionnés ci-dessus     Opérateur de compétences (OPCO)

Préciser les coordonnées de l'OPCO : .....

.....

**Votre situation nécessite des adaptations (situation de handicap, non maîtrise de l'écrit ou l'oral,...) ?** Faites nous part de vos besoins particuliers :

.....

.....

Le LDA vous recontactera préalablement à la formation afin de vérifier son adéquation à votre profil et à vos besoins puis, vous fera parvenir une convention de formation.

Le \_\_\_/\_\_\_/2023 à

**Bon pour accord et Signature**