



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 Mardi 19 novembre 2024</p> <p>Inscription avant le : Vendredi 9 nov.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Merci de préciser vos attentes:</p> <p>.....</p>
<p>MAITRISER LE RISQUE LEGIONELLES Lundi 2 décembre 2024</p> <p>Inscription avant le : Vendredi 22 nov.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Merci de préciser vos attentes:</p> <p>.....</p>
<p>INTERPRETER SES RESULTATS D'ANALYSES ET METTRE EN PLACE DES ACTIONS CORRECTIVES Mardi 26 novembre</p> <p>Inscription avant le : Vendredi 16 nov.</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 dans un délai d'environ 7 jours après réception du bulletin afin de vérifier l'adéquation de la formation à votre profil et à vos besoins puis vous fera parvenir une convention de formation.

Le ___/___/2024 à

Bon pour accord et Signature