



2 avenue de Venterol – 26110 NYONS Tel. 04.75.26.65.90
www.cfppa-nyons.fr cfppa.nyons@educagri.fr
N° SIRET : CFPPA 19260765300032 EPLFPA : 19260765300016
Code APE : 8559A N° Déclaration d'activité 82 26P000426

Réservé à l'administration :

Date de réception de la demande : ____/____/____

Confirmé le : ____/____/____

Convention d'échange n° CEC _____ -2024/2025

FICHE D'INSCRIPTION UCARES / MODULES 2025

Intitulé de l'UCARE/Module souhaité

Dates prévisionnelles de l' UCARE ou du module : du/...../2025 au/...../2025

Une convention de formation sera établie entre le centre prescripteur et le CFPPA de NYONS

STAGIAIRE : NOM : **PRENOM :**

Adresse : **CP :** **Ville :**

Téléphone : **Email :**

Date de naissance : ____/____/____ **Lieu de naissance :**

Apprenant en situation de handicap ? OUI NON **Avez-vous une reconnaissance RQTH ?** OUI NON

Aménagements particuliers nécessaires :

Coordonnées de la référente H+ au CFPPA de Nyons : REYNAUD Nathalie nathalie.reynaud@educagri.fr



CENTRE PRESCRIPTEUR :

Adresse* :

CP* : **Ville* :** **N° SIRET (ChorusPro) :**

Téléphone : **Email :**

Nom du Directeur-trice de l'EPLFPA* :

Nom du Directeur-trice du CFPPA* :

Contact de la personne en charge de la gestion de l'inscription (administratif-ive ou formateur-trice/coordonnateur-trice) :

Nom : **Tél :**

Mail :

*Informations nécessaires pour établir la convention de formation

L'apprenant reconnaît avoir pris connaissance du contenu des plaquettes d'information, des conditions générales de vente et du règlement intérieur du CFPPA de Nyons, consultables sur son site internet : www.cfppa-nyons.fr

J'accepte que le CFPPA de Nyons conserve l'ensemble des éléments que je lui ai transmis, dans la mesure où celui-ci aurait un lien direct et nécessaire avec l'action de formation. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de modification des informations me concernant

Pour réserver un hébergement, contacter le secrétariat au 04.75.26.65.90

Fait à _____ le ____/____/____

Signature formateur-trice centre prescripteur

Signature stagiaire