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 _____ -2025/2026

FICHE D'INSCRIPTION UCARES / MODULES 2026

Intitulé de l'UCARE/Module souhaité ……

Dates prévisionnelles de l' UCARE ou du module : du ……/……/2026 au ……/……/2026

Une convention de formation sera établie par le CFPPA de NYONS avec le centre prescripteur.

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

☐ **Souhaite recevoir des informations sur l'hébergement possible au CFPPA (envoi par mail).**

CENTRE PRESCRIPTEUR :……

Adresse* : ……

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

Téléphone : …… **Email :** ……

Nom du Directeur·trice de l'EPLEFPA* :……

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

Fait à _____ le _____/_____/_____

Signature formateur·trice centre prescripteur	Signature stagiaire