

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 8226P000426

Réservé à l'administration :

Date de réception de la demande d'inscription :

____/____/____

Confirmé le : ____/____/____

Convention d'échange n° CEC ____-2023/2024

FICHE D'INSCRIPTION UCARES / MODULES 2024

Intitulé de l'UCARE/Module souhaité

Dates prévisionnelles de l' UCARE ou du module : du/...../2024 au/...../2024

L'inscription sera validée par l'envoi d'une convention de formation 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 :

Organisme de formation* :

Adresse* : CP* : Ville* :

Téléphone : Email :

Nom du Directeur-trice de l'EPLFPA* :

Nom du Directeur-trice du CFPPA* :

Nom de l'administratif-ive responsable : Tél :

Nom du formateur-trice/coordonnateur-trice : Tél :

*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 Laurence DANGU : : laurence.dangu@educagri.fr 04.75.26.65.90

Fait à _____ le ____/____/____

Signature formateur-trice centre prescripteur

Signature stagiaire