




C.F.P.P.A DE NYONS

2 Avenue de Venterol - 26110 NYONS Tel. 04.75.26.65.90
 www.cfppa-nyons.fr cfppa.nyons@educagri.fr
 N° SIRET 19260765300032 Code APE : 8559A
 N° Déclaration d'activité 8226P000426

Réservé à l'administration :

Date de réception de la demande d'inscription :
 _____/_____/_____

Confirmé le : _____/_____/_____

FICHE D'INSCRIPTION UCARES / MODULES 2023

Intitulé de l'UCARE/Module souhaité

Dates prévisionnelles de l' UCARE ou du module : du/...../2023 au/...../2023

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 :

N° de Sécurité Sociale : Régime Général Mutualité Sociale Agricole

Apprenant en situation de handicap ? OUI NON Avez-vous une reconnaissance RQTH ? OUI NON
 Des aménagements particuliers sont-ils nécessaires ? OUI NON Si oui, lesquels



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 reconnais 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

Signature formateur-trice centre prescripteur

Signature stagiaire