**FORMATION - AUDIT - CONSEILS 2024**

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

*Par mail :* [***Lda53@lamayenne.fr***](mailto:Lda53@lamayenne.fr)*ou par courrier postale :*

*LDA53 – 224 rue du Bas des Bois – CS 91427 - 53000 LAVAL*

**Nom de votre établissement** : à compléter

Etablissement public  Etablissement privé

Adresse : à compléter

Tél mairie : à compléter Mail mairie: à compléter.

Tél service restauration :à compléter Mail service restauration: à compléter

**Prise en charge des frais de formation par un OPCO ?**

Oui  Non

Si oui, date butoir pour envoyer les documents : : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Facturation**

Facture déposée sur chorus   Facture envoyée par mail : à compléter

**Vous souhaitez bénéficier de formations inter-entreprises ; découvrez les programmes et les modalités sur notre site internet**  [**Lien**](https://lda53.fr/formation/)

**F.01  F.06**

**F.02  F.07**

**F.03  F.08**

**F.04  F.09**

**F.05  F.10**

**Vous souhaitez bénéficier de la formation F11 en intra :**

**F.11**

**Vous souhaitez bénéficier d’un audit ou de l’accompagnement en intra-entreprise sur votre site :**

Audit hygiène (1h)

Audit de votre plan de maitrise sanitaire (2 h)

Mission Expertise**,** création ou mise à jour de votre dossier d’agrément sanitaire

**Nom, prénom et fonction du (des) participant(s) à la formation :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nom* | *Prénom* | *Fonction occupée dans la cuisine* |
| Nom 1 | Prénom 1 | Choisissez un élément. |
| Nom 2 | Prénom 2 | Choisissez un élément. |
| Nom 3 | Prénom 3 | Choisissez un élément. |

*Si des attentes particulières sont attendues de la part des participants, veuillez s’il vous plaît les mentionner* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La formation se déroule en présentiel sur l’année 2024**,** un mercredi après-midi (ou autre sur demande de votre part). A réception de ce coupon d’inscription, **des convocations vous sont adressées par mail.** Le contenu du message électronique reprend : **la date, le lieu et les horaires ainsi que le programme de la formation**.

*Si la participation à la formation nécessite un accompagnement spécifique (situation de handicap), nous vous invitons à nous contacter afin de permettre au LDA53 d’organiser et de proposer des conditions d’accueil adaptées.*

BON POUR ACCORD : Date et signature