

DEMANDE FORMATIONS HYGIENE ALIMENTAIRE

DEMANDEUR :	PAYEUR (si différent demandeur)
Nom/société : _____	Nom/société : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Commune : _____	Commune : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
N° d'engagement : _____	N° d'engagement : _____
Site de formation (si différent demandeur) : _____	

FORMATION(S) SOUHAITEE(S)

- MODULE 1** « A la découverte des microorganismes »
- MODULE 2** « Bonnes Pratiques d'Hygiène et réglementation en Restauration Collective »
- MODULE 3** « PMS et son utilisation au quotidien »
- MODULE 4** « Démarche HACCP »
- MODULE 5** « Notions pour une alimentation équilibrée »
- MODULE 6** « Le danger Allergènes »

PERIODE DE DISPONIBILITE

MOIS

- Janvier
 Février
 Mars
 Avril
 Mai
 Juin
 Juillet
 Aout
 Septembre
 Octobre
 Novembre
 Décembre

JOUR

- Lundi
 Mardi
 Mercredi
 Jeudi
 Vendredi
 Matin
 Après-midi
 Journée

Vacances scolaires :

.....

.....

Autre jour en particulier :

.....

.....

DATE : ____/____/____

SIGNATURE :