

## DEMANDE FORMATIONS HYGIENE ALIMENTAIRE

### DEMANDEUR :

Nom/société : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 N° d'engagement : \_\_\_\_\_

### PAYEUR (si différent demandeur)

Nom/société : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 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 :