

FORMATION AU PERMIS D'EXPLOITATION – 3 JOURS – 20 heures

L'inscription sera ferme et définitive dès réception du règlement complet de 480€ HT (576€ TTC).

INSCRIPTION à titre professionnel ☐ à titre privé ☐

Date : _____ Lieu : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Mme ☐ M. ☐

Nom de naissance * : _____ Nom d'usage * : _____

Prénoms * : _____ Date de naissance * : ____/____/____

Commune de naissance * : _____ Département de naissance * : _____ Pays de naissance * : _____

Adresse de résidence * : _____

Code postal * : _____ Localité * : _____

Adresse d'exploitation * : _____ Code postal * : _____

Localité * : _____

Tél. (fixe et portable) : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Je souhaite avoir plus d'informations promotionnelles concernant **UMIH FORMATION** : ☐ OUI ☐ NON

Formation suite à : ☐ mutation ☐ translation ☐ transfert ☐ fermeture administrative
☐ nouvelle licence ☐ autre (à préciser) _____

☐ **Nouvel exploitant** Lieu d'exploitation envisagé (adresse ou ville) : _____

Catégorie de licence : ☐ Licence III ☐ Licence IV ☐ Petite Licence Restaurant ☐ Licence Restaurant

Statut du participant (hors particulier, à titre privé) :

☐ Travailleur non salarié ☐ Demandeur d'emploi ☐ Salarié ☐ Agent public

Avez-vous une situation de handicap à nous signaler afin de pouvoir suivre cette formation dans les meilleures conditions ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nos référents handicap prendront contact avec vous dans les meilleurs délais afin d'étudier avec vous les modalités d'accompagnement possibles. referenthandicap@activeoformation.fr

Prise en charge : ☐ oui ☐ non Organisme de prise en charge : _____

Si prise en charge FRANCE TRAVAIL → N° IDENTIFIANT FRANCE TRAVAIL * : _____

SI VOUS ÊTES UNE ENTREPRISE, POUR LA CONVENTION ET LA FACTURATION, merci de bien vouloir compléter ces renseignements

Nom de l'entreprise : _____ Activité : _____

Adresse complète : _____

N° SIRET : _____ Code NAF : _____ Nombre de salariés : _____

Nom / prénom du responsable légal : _____

Personne en charge du dossier (si différent) _____

Tél. : _____ Email : _____ @ _____

Conformément aux dispositions des articles L.3332-1-1 et R.3332-4 à R.3332-9 du Code de la Santé Publique relatifs à la formation au permis d'exploitation, le futur stagiaire, M. reconnaît avoir été informé sur les conditions générales d'inscription aux modules de formations au Permis d'Exploitation, dispensées par UMIH FORMATION, et sur les différentes durées de ces formations (20 heures ou 7 heures).

En conséquence, UMIH FORMATION ne peut être tenue pour responsable du choix de la durée de la formation, au permis d'exploitation, effectué par le stagiaire. M. reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales de vente qui lui ont été remises avec le bulletin d'inscription.

Fait le : à :

Lu et approuvé (en manuscrit)
Signature du stagiaire

Signature obligatoire du responsable ou directeur
de l'établissement et cachet (si financement par l'entreprise)

Le règlement intérieur est consultable à tout moment sur le site Internet d'UMIH Formation.

*** Champs obligatoires pour la délivrance du permis d'exploitation.**

211, rue de l'université - 75007 PARIS - Tél : 0 806 700 701 - contact@umihformation.fr - www.umihformation.fr

Numéro de déclaration d'existence 11756581875 - N° Siret 918 500 547 000 16- Code NAF 8559A