

PACK Formations Permis d'exploitation / Hygiène Alimentaire des établissements de restauration Commerciale

INSCRIPTION à titre professionnel ☐ à titre privé ☐

Les deux formations sont à réaliser dans un délai de 3 mois.

L'inscription sera ferme et définitive dès réception du règlement complet de : 799 HT (958.80€ TTC)

Dates Permis d'exploitation : _____

Lieu : _____

Dates Hygiène : _____

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 et Hygiène Alimentaire, 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 des formations, au Permis d'Exploitation et Hygiène Alimentaire, 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

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

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

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