N° organisme de formation **7487 000980 87**

BULLETIN D'INSCRIPTION 2020
PRÉVENTION

RESPONSABLE FORMATION

☐ Monsieur ☐ Madame

NOM : …… Prénom : ……

FONCTION : ……

ETABLISSEMENT : ……

ADRESSE : ……

……

CP : ________\ VILLE : ……

TEL : ____________________\ FAX : ____________________\

COURRIEL : ……

FORMATIONS

☐ Alimentation de la personne âgée en collectivité

☐ Réalisation et utilisation d'un plan alimentaire*
*Selon inscriptions

☐ Le service du repas

Souhaitez-vous que le réseau LINUT organise une session dans votre établissement ?
☐ oui ☐ non

Si oui, merci de préciser la capacité d'accueil de votre salle de formation : …… places hors formateur

Remarque ……

STAGIAIRES

NOM*	PRENOM*	FONCTION*	DATE SOUHAITEE

*Eléments obligatoires (merci de compléter le tableau et de ne pas indiquer un nombre)
A noter que pour faciliter les échanges inter établissements, il est préférable d'inscrire 4 agents d'un même établissement maximum par session.

✶Conformément au règlement européen sur la protection des données, les données seront traitées uniquement dans le cadre de nos formations et conservées pour une durée strictement nécessaire au bon déroulement de celles-ci.
Pour toute information, vous pouvez nous contacter sur linut@wanadoo.fr