

# Formulaire D'inscription

## FORMATION HACCP

### PIECES A FOURNIR (Lors de l'envoi du dossier)

- Extrait du Kbis
- Pièce d'identité employeur
- Formulaire du recueil des besoins
- Convention de formation
- Règlement intérieur signé (ci-après)

### Cadre réservé à l'administration

Réception du dossier le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pièces jointes :

- Extrait du Kbis
- Pièce d'identité employeur
- Formulaire du recueil des besoins
- Convention de formation
- Règlement intérieur

### Admissibilité du dossier

- Présentation du dossier pour entrée en formation
- Refus d'entrée en formation :

Motifs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Informatique et libertés

*Les informations recueillies dans le cadre de votre inscription à la formation sont susceptibles d'être enregistrées dans un fichier informatisé OCF-EST. Cet enregistrement permet à OCF-EST de pouvoir informer, accompagner et documenter chaque stagiaire tout au long de son parcours (Décret n° 2015790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue). Ces informations sont conservées pendant 5 ans, sont destinées aux services administratifs de notre organisme de formation pour traiter chaque évaluation et chaque parcours de formation. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les faire rectifier ou nous questionner sur la protection de ces données en contactant le service RH à l'adresse suivante : [anais.rh@ocf-est.fr](mailto:anais.rh@ocf-est.fr)*



## Coordonnées employeur

Madame       Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Etes-vous le responsable formation :  Oui  Non

Si non, veuillez noter les coordonnées du responsable formation :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

## Coordonnées structure

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Secteur d'activité : \_\_\_\_\_

Siret : \_\_\_\_\_

Code APE/NAF : \_\_\_\_\_

Nom de l'OPCO: \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom du responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Service du service RH ou comptabilité : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait appel à un organisme de formation :  Oui  Non

Si oui, noter le nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Date de(s)/ la formation(s) : \_\_\_\_\_

Nom de la formation : \_\_\_\_\_



## Informations salariés

Effectif salarial : \_\_\_\_\_

Effectif :

CDI : \_\_\_\_\_  CDD : \_\_\_\_\_  Intérim : \_\_\_\_\_

Effectif à former : \_\_\_\_\_

Dates souhaitées (veuillez mettre 2 jours d'affilée pour chaque proposition) :

Proposition 1 : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Proposition 2 : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Lieu de la formation : \_\_\_\_\_

Avez-vous des salariés en situation de handicap :  Oui  Non

Typologie du handicap (si connue) : \_\_\_\_\_

Adaptations particulières (PSH) : \_\_\_\_\_

## Droit à l'image

J'autorise  Je n'autorise pas

L'organisme de formation OCF-EST à utiliser à titre gracieux mon image dans le cadre de l'action de formation menée au sein de mon établissement. Les stagiaires peuvent être photographiés dans les différentes activités et événements liés à la formation ou à la promotion de l'établissement. Je m'engage à ne faire aucune opposition à l'exploitation de photographies ou vidéos sur quelque support que ce soit et pour une durée illimitée.

Signature :