

**A renvoyer au plus tard 15 jours avant la date choisie**

## STRUCTURE :

Raison Sociale :	<input type="text"/>	SIRET :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
CP :	<input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/>
Nom/Prén. représentant légal + mail	<input type="text"/>		

## PARTICIPANT:

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Nom jeune fille :	<input type="text"/>	Date/lieu de naissance :	<input type="text"/>
Adresse personnelle :	<input type="text"/>		
CP :	<input type="text"/>	Commune :	<input type="text"/>
Tél :	<input type="text"/>	Courriel :	<input type="text"/>

S'inscrit à la formation : **REDIGER ET FAIRE VIVRE SON DOCUMENT UNIQUE D EVALUATION DES RISQUES (11 heures)**

**6 novembre** (9h30/15h30), **13 novembre** (9h30/12h30) et **20 novembre 2024** (9h30/12h30) à OBERNAI

**4 décembre** (9h30/15h30), **11 décembre** (9h30/12h30) et **18 décembre 2024** (9h30/12h30) à HAGUENAU

**R044/2024/**

Participation stagiaire non soumis à TVA

Tarif applicable en fonction du statut du stagiaire, sous réserve de remplir les conditions :

- Chef/associé/collaborateur exploitant **à jour des cotisations MSA (ou échéancier)\*** 63 €
- Exploitant en démarche d'installation (identifié par le Point accueil installation de votre département)\* nous consulter
- Salarié d'une entreprise agricole affiliée à OCAPAT (possible prise en charge de 50 % avec Boost Compétences) 236 €
- Salarié d'une entreprise affiliée à un autre fonds de formation ou particulier 314 €

*\* dans la limite du plafond annuel de prise en charge de 3 000 € par VIVEA*

(Règlement à envoyer dès inscription pour validation de l'inscription par chèque à l'ordre de l'Agent comptable de la Chambre d'agriculture)

Adresse de facturation :

- Personnelle       Autre (fonds de formation par exemple, à préciser ci-dessous) :/  
 Entreprise

**Afin d'optimiser l'efficacité de la formation, nous vous invitons à remplir ce questionnaire :**

Avez-vous déjà suivi une formation sur ce thème ? Si oui, préciser où et quand ?

Quelles sont vos attentes pour ce stage ?

Avez-vous besoin d'informations complémentaires sur cette formation ?

**A quelle étape de la rédaction êtes-vous de votre DUERP ?**

Présentez-vous une situation de handicap nécessitant un aménagement spécifique ? Si oui lequel ?:

Nom et prénom du gérant de l'entreprise :

Bulletin à renvoyer à [formation-professionnelle@alsace.chambagri.fr](mailto:formation-professionnelle@alsace.chambagri.fr)