



# Bulletin d'inscription

## Formations courtes agricoles

Mme  M  Nom usuel \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

Nationalité : française  UE  autre  N° MSA, s. sociale ou Siret \_\_\_\_\_

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie maritale, PACS

### Vos coordonnées personnelles

N°/rue/lieu dit \_\_\_\_\_

Code postal/ville \_\_\_\_\_

Tél. 1 \_\_\_\_\_ Tél. 2 \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Mél. \_\_\_\_\_

### Votre activité

Statut ou situation professionnelle : Chef d'exploitation  Aide familiale

Conjoint(e) collaborateur(trice)  Salarié(e) agricole  Salarié(e) autre

DE indemnisé(e) Pole Emploi  DE non indemnisé(e) Pole Emploi  Candidat PPP

depuis : \_\_\_\_\_

depuis : \_\_\_\_\_

Autre  \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise, de l'employeur ou de l'exploitation (s'il y a) : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

### Souhaite participer aux formations courtes suivantes :

Intitulé de la formation	Coût par jour/session	Nombre de jours/session	Total
Je bénéficie d'un financement (nous contacter pour devis) <input type="checkbox"/>			
Je finance moi-même ma formation <input type="checkbox"/>			TOTAL :

Paielement par chèque après réception d'une facture du CFPPA

Date :

Signature :

**CFPPA de MONTMOROT** – 39570 MONTMOROT

Tél. 03 84 87 20 02 – Fax. 03 84 87 21 02

Mél : cfppa.montmorot@educagri.fr

[www.cfppamontmorot.fr](http://www.cfppamontmorot.fr)