



2 avenue de Venterol – 26110 NYONS Tel. 04.75.26.65.90
 www.levantin.education/cfppa-nyons cfppa.nyons@educagri.fr
 N° SIRET : CFPPA 19260765300032 EPLFPA : 19260765300016
 Code APE : 8559A N° Déclaration d'activité 82 26P000426

Réservé à l'administration :

Date de réception de la demande : ____/____/____

Confirmé le : ____/____/____

Convention d'échange n° CEC ____ -2025/2026

FICHE D'INSCRIPTION UCARES / MODULES 2026

Intitulé de l'UCARE/Module souhaité

Dates prévisionnelles de l' UCARE ou du module : du ____/____/2026 au ____/____/2026

Une convention de formation sera établie par le CFPPA de NYONS avec le centre prescripteur.

STAGIAIRE : NOM : PRENOM :

Adresse : CP : Ville :

Téléphone : Email :

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance :

Apprenant en situation de handicap ? ☐ OUI ☐ NON Avez-vous une reconnaissance RQTH ? ☐ OUI ☐ NON

Aménagements particuliers nécessaires :

Coordonnées de la référente H+ au CFPPA de Nyons : REYNAUD Nathalie nathalie.reynaud@educagri.fr



☐ Souhaite recevoir des informations sur l'hébergement possible au CFPPA (envoi par mail).

CENTRE PRESCRIPTEUR :

Adresse* :

CP* : Ville* : N° SIRET (ChorusPro) :

Téléphone : Email :

Nom du Directeur-trice de l'EPLFPA* :

Nom du Directeur-trice du CFPPA* :

Contact de la personne en charge de la gestion de l'inscription (administratif-ive ou formateur-trice/coordonnateur-trice) :

Nom : Tél :

Mail :

*Informations nécessaires pour établir la convention de formation

☐ L'apprenant reconnaît avoir pris connaissance du contenu des plaquettes d'information, des conditions générales de vente et du règlement intérieur du CFPPA de Nyons, consultables sur son site internet : www.levantin.education/cfppa-nyons

☐ J'accepte que le CFPPA de Nyons conserve l'ensemble des éléments que je lui ai transmis, dans la mesure où celui-ci aurait un lien direct et nécessaire avec l'action de formation. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de modification des informations me concernant

Fait à ____ le ____/____/____

Signature formateur-trice centre prescripteur

Signature stagiaire



Date de mise à jour : 15/10/2025