

DEMANDE DE FORMATION

à remplir complètement et lisiblement

L'EMPLOYEUR

Établissement _____ Interlocuteur _____

Tel. _____ Email _____

LE BÉNÉFICIAIRE

NOM _____ Prénom _____ Tél. mobile _____

PEC • CUI-CAE • Emploi d'Avenir • CDDI en SIAE • CDDU en AI

Adulte-relais • Service civique

Date fin de contrat : /__ /__ /__ /__

Autre statut _____

Reconnaissance officielle d'un handicap

FORMATION



HACCP HYGIÈNE ALIMENTAIRE EN RESTAURATION COLLECTIVE



à Mantes-la-Jolie

à Plaisir

Durée : 2 jours de 9h à 17h

Coût pris en charge par le FLES pour les salariés en insertion des établissements adhérents

Les candidats arrivés avec trop de retard ne seront pas acceptés en formation.

Objectifs pédagogiques : Connaître les bonnes pratiques d'hygiène pour les appliquer /
Respecter les procédures HACCP

Personnes concernées : Personnel de restauration collective

Programme : La sécurité des aliments : La marche en avant / Les 5 M / L'hygiène corporelle /
Les différences entre nettoyage et désinfection • Notion en microbiologie : La contamination /
La multiplication • Les obligations en restauration : Les températures / Refroidissement rapide /
Remise en température / Temps de conservation des plats préparés / Plat témoin • La sécurité
en cuisine : Les risques en cuisine

ENGAGEMENTS

Le salarié s'engage à suivre la formation et prévenir au plus vite le FLES et l'employeur en cas d'empêchement.

Signature du salarié

L'employeur s'engage à libérer le salarié aux dates et horaires de la formation et à prévenir au plus vite le FLES en cas d'empêchement.

L'employeur atteste que les informations ci-dessus sont exactes et s'engage à communiquer le justificatif sur demande du FLES.

Signature + Cachet de l'employeur

Date :



A transmettre au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com



Tel. 01.34.82.52.37 du lundi au vendredi de 9h à 17h



Questionnaire FSE à remplir lisiblement
pour chaque bénéficiaire en insertion d'une action du FLES

L'action du **FLES** est cofinancée par le **Fonds Social Européen** ; à ce titre, l'Union Européenne nous demande de recueillir auprès des bénéficiaires des informations qui feront l'objet d'un **traitement informatique anonyme destiné au suivi et à l'évaluation des actions.** Le destinataire des données est le Ministère du Travail en tant qu'autorité de gestion du programme FSE. Conformément à la loi "Informatique et Libertés", un droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la DGEFP (dgefp.sdfse@emploi.gouv.fr, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, DGEFP SDFSE, 14 Avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP).

Ce questionnaire doit être renseigné entièrement et très lisiblement puis signé par le bénéficiaire.

NOM (en capitales)

PRÉNOM (en capitales)

.....

.....

Date de naissance : (jour/mois/année) **Sexe** : homme femme

Ville de naissance : **Code Postal** : **Pays** :

Adresse (n° et nom de rue) :

Code postal : **Commune**

N° téléphone :

Quel est votre plus haut niveau d'études atteint ?

- Inférieur à l'école primaire Primaire, secondaire 1er cycle, CAP, BEP...
 Niveau baccalauréat Diplôme supérieur au baccalauréat

Vivez-vous seul(e) avec des enfants à charge ? Oui Non

Avez-vous une reconnaissance officielle d'un handicap ? Oui Non

Lors de votre embauche, aviez-vous le RSA, l'ASS, l'AAH ou l'API ? Oui Non

Signature du bénéficiaire

à renvoyer au FLES par MAIL fles.contact@gmail.com