Version : 2
Mise à jour : Mai 2023

Des formations pour vous permettre d'avancer vers une meilleure maîtrise des risques.

PROGRAMME DETAILLE DES DIFFERENTES THEMATIQUES SUR LES FICHES PROGRAMMES

HYG01 : Identification des dangers
& dispositions de maîtrise liées à l'hygiène du personnel.

HYG02 : Bonnes pratiques d'hygiène
Dispositions de maîtrise issues d'une étude H.A.C.C.P. sur sites satellites.

HYG03 : Bonnes Pratiques d'Hygiène
Dispositions de maîtrise issues d'une étude H.A.C.C.P. en cuisine autonome ou cuisine centrale.

HYG04 : Bonnes Pratiques d'Hygiène pendant le temps du repas.

HYG05 : Le Nettoyage et la Désinfection.

HYG06 : Préparation à la mise en place d'un Plan de Maîtrise Sanitaire.

HYG07 : Les obligations réglementaires en restauration.

HYG08 : Formation restauration commerciale.

HYG09 : La méthode HACCP en hygiène et sécurité des aliments.

HYG10 : Le monde des microbes – Prévention des Toxi Infections Alimentaires Collectives.

Pour vous inscrire, merci de renvoyer votre bulletin (cf ci-dessous) :
- par mail : lda30.serviceclient@gard.fr ,
- par courrier : Laboratoire Départemental d'Analyses du Gard
970 Rte de St Gilles ; BP 50015 ; 30023 NÎMES Cedex 1.

Besoin d'une aide pour choisir la formation la mieux adaptée à vos besoins ?
Construire un programme sur mesure adapté à votre équipe ?
Contactez-nous au 04 66 04 30 70 ou lda30.serviceclient@gard.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION

Intitulé : ……..
Code : …… **Date* :** ……..

ENTREPRISE / ETABLISSEMENT

Raison sociale : ……
Adresse : ……..
Code postal : …….. Ville : ……..
Téléphone : …… Fax : …… Email : ……..
Responsable Formation : ……..
Etablissement public……..☐ Etablissement privé ……..☐

PARTICIPANT

☐ **Mme** ☐ **M.** **Nom :** …….. **Prénom :** ……..
Fonction : ……..

REGLEMENT

☐ **Règlement par l'entreprise / établissement :**
Raison sociale et adresse de facturation *(si différente de l'entreprise/ établissement)* :
……
……..
Code postal : …….. Ville : ……..

☐ **Règlement par un Opérateur de Compétence (OPCO) :** *(merci de nous faire parvenir le contrat de prestations de votre OPCO* ***avant*** *le début de la formation)*
Raison sociale : ……..
Adresse : ……..
Code postal : …….. Ville : ……..

Date : ……/…../…..
Signature :

Cachet de l'établissement :

Les dates de formation seront maintenues seulement* ***si au moins un groupe de 5 participants au total peut être constitué**.*