



# Bulletin d'inscription

## Titre de la formation :

**Etre autonome sur les soins infirmiers du troupeau bovin**

Date et Lieu à définir

N° de CHEPTEL : \_\_\_\_\_ N° SIRET : \_\_\_\_\_

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tel fixe : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

Statut :    Chef d'exploitation                     Conjoint collaborateur   
              Aide familial                                 Cotisant solidaire   
              En démarche d'installation   
              Autre : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Document à retourner par courrier à :  
Maison de l'Elevage-96 rue des Agriculteurs- BP 102-81003 ALBI Cedex