

Organisme de Formation de l'AFSA  
41 avenue du Pic Saint-Loup  
Bâtiment C, appartement 323  
34090 MONTPELLIER  
E-mail : [formation@afsanimalier.org](mailto:formation@afsanimalier.org)  
N° déclaration d'activité :  
76 34 11762 34  
*Cet enregistrement ne vaut pas  
agrément de l'État.*  
Numéro de SIRET : 491 241 469 00031  
Code NAF (ou APE) : 9499Z  
Numéro RNA : W294000230

# FICHE D'INSCRIPTION À LA FORMATION

**Fiche d'inscription à retourner complétée, signée et datée, soit par courrier postal,  
soit scannée par e-mail avant le 25 novembre 2025.**

## FORMATION

Intitulé : **Félidés**

Dates : **Du 09 au 11 décembre 2025**

Lieu : **Lumigny Safari Reserve**

Prix : **Tarif en fonction de votre statut AFSA : 200€ pour les adhérents et 350€ pour les non-adhérents**

## PARTICIPANT(E)

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (portable de préférence) : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : ☐ Soigneur-animalier ☐ Autre : \_\_\_\_\_

En activité : ☐ Oui ☐ Non

Adhérent(e) à l'AFSA (au moment de la formation) : ☐ Oui ☐ Non

Établissement zoologique représenté (au moment de la formation) :  
\_\_\_\_\_



## ENTREPRISE *(à remplir uniquement si votre entreprise prend en charge la formation)*

Nom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de SIRET : \_\_\_\_\_ Code NAF (ou APE) : \_\_\_\_\_

Responsable hiérarchique : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Responsable de formation : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Personne en charge du dossier : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## RÈGLEMENT

*Ces frais correspondent aux frais pédagogiques. L'hébergement et les repas sont à votre charge (une liste d'hébergements non-exhaustive vous sera communiquée lors de l'envoi de l'e-mail de confirmation d'inscription).*

**A l'issue de la formation, une facture, une attestation de fin de formation et un certificat de réalisation vous seront adressés.**

☐ Financement personnel

☐ Financement par l'entreprise (plan de formation)

☐ Financement par France Travail

☐ Le règlement sera effectué par un Organisme de Fonds de Formation (OPCA : AFDAS, OCAPIAT)



Dans ce dernier cas (financement par un OPCO), merci de remplir les champs ci-dessous :

Nom de l'OPCO : \_\_\_\_\_

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

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Votre numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

Date d'envoi de la prise en charge : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

**O Je suis une personne en situation de handicap, et désire avoir une adaptation pour suivre la formation.**

**Date :**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du participant :**

**Cachet de l'entreprise :**

**(nom/prénom et fonction de la personne signataire)**

**Date :**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_