



## LMS enregistrement participants

### Données LMS

Numéro AVS\*

Titre

Nom

Prénom

Courriel\*\*

Date de naissance

Lieu d'origine

Langue

Formation pour le canton

Formation denrées alimentaires

Formation vétérinaire

### Coordonnées

(Ces données sont nécessaires pour toutes les communications, les dates d'examen, les diplômes etc.)

Office

Division

Rue

NPA / lieu

Téléphone

Mobile

### Facturation

(Si différent des coordonnées)

Office

Division

Rue

NPA / lieu

Référence

Remarques

**Avec cet enregistrement, j'autorise l'OSAV à disposer de mes données suivantes : inscriptions, E-Learning, cours et examens.**