



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.