

**Attestation de formation « hygiène alimentaire adaptée
en établissement de restauration commerciale »**

*Arrêté du 12 février 2024 relatif au cahier des charges de la formation spécifique en matière d'hygiène alimentaire adaptée à
l'activité des établissements de restauration commerciale*

Je soussigné(e) : _____

en qualité de : _____

Nom ou raison sociale de l'organisme de formation : _____

Adresse : _____

Organisme habilité en région Auvergne-Rhône-Alpes sous le numéro (*n° de l'arrêté préfectoral et date*) :

n° de l'arrêté : _____ date : _____

et conformément à l'arrêté ministériel du 12 février 2024

atteste que M./Mme (*barrez les mentions inutiles*) _____

né(e) le : _____ à _____

a suivi la formation « hygiène alimentaire adaptée à l'activité en établissements de restauration commerciale »
conformément à l'arrêté ministériel du 12 février 2024,

d'une durée de 14 heures qui s'est déroulée le : _____

Les objectifs de formation visés sont :

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Fait à _____ ,

le _____

*Signature, cachet et qualité
du dispensateur de formation*