

Bulletin de pré-inscription au CERTIPHYTO

Le candidat

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom(s) :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :
Département de naissance : Lieu de naissance :
Numéro sécurité sociale (NIR) (obligation du passeport prévention) :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
Titulaire du CERTIPHYTO : OUI ☐ NON ☐
Si OUI - Nom du CERTIPHYTO :
Date de fin de validité :
(Merci de joindre une copie de la carte certiphyto à l'inscription)

L'employeur (facturation)

Raison sociale :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
N° SIRET (de votre entreprise ou de votre employeur, obligation du passeport prévention) :
Demande d'inscription du CERTIPHYTO : « UTILISATION DES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES »
ENTREPRISES SOUMISES A AGREMENT (PRESTATION) : OUI ☐ NON ☐
DOMAINE D'ACTIVITE : AGRICOLE ☐ COLLECTIVITE ☐ PAYSAGE ☐ AUTRE ☐
.....
CATEGORIE : DECIDEUR ☐ OPERATEUR ☐ VENTE ☐ CONSEIL ☐
FINALITE : ☐ PRIMO CERTIFICAT ☐ RENOUELEMENT Date de fin de validité du Certiphyto :
.....
MODALITE : FORMATION ☐ TEST QCM ☐ PREPARATION AU TEST + TEST (1 JOUR) ☐
PERIODE SOUHAITEE :

Merci de retourner cette fiche de pré-inscription à : francois.collin@fredon-centrevaldeloire.fr

Fait à :

Le :

Cachet et signature :