

CERTIFICAT INDIVIDUEL POUR L'UTILISATION PROFESSIONNELLE DES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

- Précisez la catégorie de CIPP :

☐ Opérateur ☐ Décideur en entreprise non soumise à agrément ☐ Décideur en entreprise soumise à agrément

- Précisez la nature du CIPP :

☐ Primo certificat ☐ Renouvellement, date d'expiration..... (joindre copie certificat)

- ETAT CIVIL :

☐ Madame ☐ Monsieur.

Nom de Naissance : Nom d'usage : Prénom :

Né(e) le : à :

Adresse :

Code postal : Ville :

 Portable : e-mail **impératif** :

Avez-vous une reconnaissance de handicap ☐ oui ☐ non Si oui, nécessite-t-elle des dispositions particulières ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles :

Moyens de locomotion : ☐ oui ☐ non Moyens d'hébergement : ☐ oui ☐ non

Niveau vis-à-vis de la formation demandée : ☐ débutant ☐ confirmé ☐ expérimenté

A connu le CFPPA par : ☐ Recherches Internet ☐ Réseaux ☐ Prescripteur :

- ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

Statut : ☐ Chef d'entreprise ☐ Salarié ☐ Agent ☐ Technicien ☐ Autre :

Nom de l'entreprise / organisme / commune :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel. Professionnel : Tel. Portable professionnel :

e-mail :

- MODALITES DE REGLEMENT : Sur Facture en fin de formation

Nous indiquer les coordonnées de la personne, entreprise ou fonds qui prend en charge les frais de formation :

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Souhaitez-vous le dépôt de la facture dans Chorus Pro ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

n° Siret : N° service : N° engagement :

Fait à : le,

Signature de l'employeur :

Cadre réservé à l'administration :

☐ Avis favorable ☐ Réorientation :