

### 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 situation de handicap :  oui  non

Quelles dispositions particulières nécessite cette situation : .....

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 : .....