

Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricoles

C.F.P.P.A. de l'INDRE

**BULLETIN INDIVIDUEL
D'INSCRIPTION**

NOM : **PRENOM** :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE** :

Tél. /...../...../...../...../..... **Mail** :

DATE de NAISSANCE :/...../.....

LIEU de NAISSANCE : **DEPARTEMENT** :

NATIONALITE :

FORMATIONS CHOISIES : *Cocher la case correspondante

Arrêté du 29/08/2016 portant création et fixant les modalités d'obtention du certificat individuel pour l'activité « utilisation à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques » dans la catégorie* :	
<input type="checkbox"/>	Décideur en entreprise soumise à agrément
<input type="checkbox"/>	Décideur en entreprise non soumise à agrément
<input type="checkbox"/>	opérateur
<input type="checkbox"/>	Mise en vente des produits phytopharmaceutiques : professionnels / grand public *rayer mention inutile
<input type="checkbox"/>	Conseil à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

Modalité* : *Cocher la ou les cases correspondantes

<input type="checkbox"/>	Primo certificat Si 2 ^{ème} certificat fournir n° du certificat obtenu actuellement
<input type="checkbox"/>	Renouvellement (fournir copie du certificat à renouveler)
<input type="checkbox"/>	Test uniquement (seul)

COUT : 105 € la journée

SITUATION PROFESSIONNELLE * Salarié Dans quel secteur :

Dirigeant Dans quel secteur :

ENTREPRISE (nom, adresse et mail) :

Fait à : Le :