

# INSCRIPTION à la formation CERTIFICAT INDIVIDUEL OPERATEUR – Renouvellement

Article L 6353-3 à L6353-7 du code du travail)

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 93.04.00867.04 auprès du Préfet de Région Provence – Alpes – Côte d'Azur  
Numéro SIRET de l'organisme de formation : 450 777 289 00031

Nom d'usage : _____		Nom de naissance : _____		Prénom : _____	
Intitulé précis de l'activité professionnelle : _____					
Adresse personnelle : _____					
Code postal : _____		Commune : _____			
Téléphone : _____		Portable : _____			
Fax : _____		mail : _____			
Né (e) le : _____		à _____		Département (ou pays) _____	
Certiphyto : code de spécialité _____ ; n° du certificat : _____					
Date de validité : _____ (information notée sur la carte du certiphyto)					

Si l'inscription est pour un salarié, merci de compléter en plus cette partie :

Nom de l'EMPLOYEUR : _____	
Adresse Postale (pour réception de la convocation à la formation) : _____	
_____	
Code postal : _____ Commune : _____	
Téléphone : _____ Portable : _____	
Fax : _____ mail : _____	
N° SIRET : _____	

<b>Nombre d'années d'expérience avec des produits phytopharmaceutiques</b> : .....	
<b>Zone d'activité avec des produits phytopharmaceutiques</b> :	
chez des particuliers	
chez des agriculteurs	
pour des collectivités : square, cimetière, terrain de sport, autre...	
<b>Prenez vous des décisions sur le choix du produit, la dose, le moment du positionnement</b> :	
OUI	NON
<b>Niveau de formation</b> :	
Fin de scolarité obligatoire	BAC +2
BEP ou 1 <sup>er</sup> cycle secondaire (BPA BEPA BEP CAPA CAP)	BAC +3 et 4
BAC	BAC +5 et plus
Autres formations suivies : .....	
Diplôme obtenu <u>au cours des 5 dernières années</u>	Oui      Non
Intitulé du diplôme : .....	

Fait à

le :

Signature :