

INSCRIPTION à la formation

CERTIFICAT INDIVIDUEL « CONSEIL à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques » - Primo certificat

(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) _____ | | |

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

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

| | |
|--|----------------|
| Nombre d'années d'expérience en agriculture : | |
| Nombre d'années d'expérience en tant que conseiller : | |
| Niveau de formation : | |
| Fin de scolarité obligatoire | BAC +2 |
| BEP ou 1 ^{er} 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 : | | |

| | |
|--|------------|
| Cultures rencontrées lors de l'activité : | |
| Vigne | Maraîchage |
| Arboriculture | Autres |
| Grandes cultures | |

Fait à

le :

Signature :