

**FORMATION au certificat individuel dit Certiphyto »**  
**" Utilisation ou Vente, à titre professionnel des produits phytopharmaceutiques"**  
 Catégorie(s) Vendeurs Décideurs Opérateurs Espaces verts Exploitation Agricole

**Inscription collective des salariés à la session du : .....**

**Nom de l'entreprise commanditaire :** ..... **N° SIRET (obligatoire) :** .....

**Adresse :** .....

**Tel et mail :** .....

**Nom et coordonnées personne contact :** .....

**Veillez confirmer que les candidat-e-s répondent aux PRE-REQUIS OBLIGATOIRES pour pouvoir suivre la formation, en cochant les quatre cases ci-dessous :**

- 1) Etre salarié-e ou dirigeant-e (responsable, chef d'équipe ou autre agent devant vendre, acheter ou utiliser les produits phytopharmaceutiques)
- 2) Comprendre les explications orales et écrites (durant la formation, lecture, compréhension des questions du test informatique, lecture des étiquettes des produits, etc.)
- 3) Se faire comprendre des autres (pouvoir donner des consignes ou des explications)
- 4/ Etre en capacité d'utiliser l'outil informatique et avoir l'usage d'une adresse e-mail pour réaliser, soi-même, ou avec l'aide d'un tiers, la demande en ligne ultérieure du certiphyto



**LISTE DES SALARIES ou DIRIGEANT INSCRITS :**

<b>NOM</b>	<b>PRENOMS</b> Tous les prénoms, en commençant par le prénom usuel	<b>Date de naissance</b>	<b>Lieu de naissance</b>	<b>Adresse postale complète + eMail</b>

►► Les données de chaque colonne seront reportées sur l'attestation de formation-bordereau de score servant à obtenir le Certiphyto (y compris adresse + mail)

ED260520

Signature et cachet de l'entreprise :

Si besoin plusieurs pages : total pages : .....

