

## INSCRIPTION à une formation pour l'obtention du Certificat Individuel CERTIPHYTO

Dates ou période souhaitées : .....

Si vous êtes titulaire d'un diplôme obtenu dans les 5 dernières années, vous pouvez obtenir le certificat par équivalence. (04 90 14 28 07)

Activité principale :

- Vigne  
 Arboriculture  
 Grandes cultures  
 Maraîchage  
 Autre .....

### CERTIFICAT INDIVIDUEL (CI) que vous souhaitez obtenir

Entourer la case correspondant à votre choix  
Chèque à remettre à l'inscription (à l'ordre de la CAPL)

		Test seul pour l'obtention d'un premier certificat ou son renouvellement	Formation Premier Certificat	Formation complémentaire en cas d'échec à la formation premier certificat	Formation Renouvellement du certificat	Complément de formation pour obtenir un second certificat
DECIDEUR en entreprise NON SOUMISE à agrément	Ancien DEA (agriculteurs), ACT (employés de collectivité territoriale)	1 heure 30	2 jours	1 jour	1 jour	1 jour
		132 € TTC	268,80 € TTC	134,40 € TTC	134,40 € TTC	134,40 € TTC
DECIDEUR en entreprise SOUMISE à agrément	Ancien DTS (prestation agricole, paysagistes)	1 heure 30	3 jours	1 jour	1 jour	1 jour
		132 € TTC	403,20 € TTC	134,40 € TTC	134,40 € TTC	134,40 € TTC
OPERATEUR	Anciens OPEA, OPTS, AOCT - Employés appliquant des produits sous la responsabilité du décideur	1 heure 30	2 jours	1 jour	1 jour	1 jour
		132 € TTC	268,80 € TTC	134,40 € TTC	134,40 € TTC	134,40 € TTC

**STAGIAIRE**

NOM d'usage ..... NOM de naissance : ..... PRENOM : .....

Poste de travail occupé : .....

Adresse POSTALE personnelle : .....

Code Postal : ..... COMMUNE : ..... **Mobile** : .....

Tél fixe : ..... e-mail : .....

**Date de naissance** : ..... à : ..... Dépt/pays : .....

**ENTREPRISE**

NOM DE L'ENTREPRISE : .....

Adresse **POSTALE précise pour envoi courrier** : .....

Code Postal : ..... COMMUNE : .....

Téléphone fixe : ..... **Mobile** : .....

**e-mail** : ..... **SIRET** : .....

N°compte adhérent CAPL


**STATUT**

**VOUS AVEZ CHOISI LE TEST SEUL** : le coût est à votre charge


**ATTENTION : En cas d'échec au TEST SEUL, vous devrez vous inscrire à la formation correspondante**

**VOUS AVEZ CHOISI DE SUIVRE UNE FORMATION**, selon votre statut, le coût peut éventuellement faire l'objet d'une prise en charge par les organismes financeurs de la formation professionnelle (case à cocher) :

**Dirigeant(e) salarié(e) ou non affilié(e) MSA**  
Chèque encaissé - Possibilité de prise en charge après la formation par le **FAFSEA**

**Dirigeant(e) non salarié(e) - aide familial - conjoint collaborateur affilié(e) MSA**  
Caution à verser, restituée si **VIVEA** nous paye pour votre participation  
 Si vous êtes affilié à la MSA depuis moins d'un an, merci de nous transmettre une attestation d'affiliation à demander au service cotisations de la MSA.  
**VIVEA exige un ORIGINAL, SIGNE, avec le cachet de la MSA**

**Employé(e) salarié(e)**  
Chèque encaissé - Voir **OPCA ou FAFSEA** pour possibilité de prise en charge

**Retraité(e) affilié(e) à la MSA en tant que cotisant(e) de solidarité ou titulaire d'un numéro SIRET actif**  
Plus de couverture par l'assurance formation, la formation est à votre charge  
 merci de nous transmettre l'original d'une attestation d'affiliation à la MSA à télécharger sur votre compte internet MSA ou renseigner votre N° SIRET dans la case ENTREPRISE

**Nombre d'années d'expérience en agriculture** : .....

**Niveau de formation** :

Fin de scolarité obligatoire  
 BEP - 1<sup>er</sup> cycle secondaire (BPA BEPA BEP CAPA CAP)  
 BAC  
 BAC +2  
 BAC +3 et 4  
 BAC +5 et plus  
Autres formations suivies : .....

Diplôme obtenu au cours des 5 dernières années  
Oui  Non

Intitulé du diplôme : .....

Nous pouvons faire pour vous les démarches administratives pour demander votre certificat. C'est une prestation d'une valeur de 24 € TTC à régler par chèque.

Organisme de Formation CAPL  
 92, Rue Joseph Vernet - BP 346  
 84025 AVIGNON CEDEX 1  
 Déclaration d'activité enregistrée sous le n° 93 84 02954 84 auprès du Préfet de la Région PACA

**Signature du stagiaire ou de son employeur** :

A ..... Le ...../...../20.....

Repas à la charge des participants et à régler sur place