

**BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION FORMATION COURTE / TEST**  
**CERTIFICAT INDIVIDUEL POUR L'UTILISATION PROFESSIONNELLE**  
**DES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES (CIPP)**  
**2025-2026**

**1. CATEGORIE DE CERTIPHYTO SOUHAITÉE**

- Certiphyto Opérateur – INITIAL – Formation : 14 heures
- Certiphyto Opérateur – RENOUELEMENT – Formation : 7 heures
- Certiphyto DESA Décideur en Entreprise Soumise à Agrément – INITIAL – Formation : 21 heures
- Certiphyto DESA Décideur en Entreprise Soumise à Agrément – RENOUELEMENT – Formation : 7 heures
- Certiphyto DENSA Décideur en Entreprise Non soumise à Agrément – INITIAL – Formation : 14 heures
- Certiphyto DENSA Décideur en Entreprise Non soumise à Agrément - RENOUELEMENT – Formation : 7 heures
- Certiphyto Conseil – INITIAL – Formation : 28 heures
- Certiphyto Conseil – RENOUELEMENT – Formation : 14 heures
- Certiphyto Mise en Vente – INITIAL – Formation : 21 heures
- Certiphyto Mise en Vente – RENOUELEMENT – Formation : 7 heures

**2. NATURE DU CERTIPHYTO SOUHAITÉ**

- Primo-certificat
- Renouvellement – Date d'échéance du certificat : .....

Dates de formation : du ..... au .....

Lieu de formation souhaité le cas échéant :  Fayl-Billot  Chaumont

Date du test : ..... Horaire du test : ..... Lieu du test : .....

**3. COORDONNEES:**

Mme-M. NOM DE NAISSANCE..... NOM D'USAGE .....

PRENOM(S).....

Date de naissance.....Lieu de naissance.....

Adresse.....

Code Postal.....Ville.....Pays.....

Téléphone (obligatoire)..... Email .....

**4. ACTIVITE PROFESSIONNELLE :**

Statut :  Chef d'entreprise  Salarié  Agent  Autre : .....

Nom de l'entreprise / organisme / collectivité : .....

Adresse . : .....

Code Postal.....Ville.....

Téléphone (obligatoire)..... Email .....

**5. FINANCEMENT :**

**Certiphyto** toutes catégories – Auto-financement (21 € de l'heure) ou Prise en charge Ocapiat/Vivea/CPF/France Travail  
Test seul Certiphyto : 95 €

Cocher qui finance les frais suivants :	Le stagiaire	L'entreprise	Organisme de prise en charge (à préciser : ex CPF, OCAPIAT, FAFCEA, VIVEA,...)
Frais de formation / Passation du test			
Frais de restauration scolaire Chaumont/Fayl-Billot (8,95 € pour les salariés, autres statuts 4,85 €)			
Frais d'hébergement à Fayl-Billot (16 € la nuitée)			
Fourniture de draps à Fayl-Billot (15 €)			

Coordonnées de l'organisme, de la personne, l'entreprise/OCPO de prise en charge (à compléter si c'est le cas) :

.....  
 .....  
 .....

Hébergement à partir de quel jour (à nous confirmer) pour Fayl-Billot uniquement : .....

**POUR LA FORMATION UNIQUEMENT**  
**L'inscription ne sera définitive qu'à la réception de ce**  
**bulletin d'inscription**  
**Et si autofinancement, d'un chèque d'arrhes d'un**  
**montant de 50 € est demandé (à l'ordre de l'Agent**  
 comptable de l'E.P.L.E.F.P.A de la Haute-Marne)  
 à adresser à :  
**CFPPA de la Haute-Marne**  
**2, Place de la Mairie**  
**52 500 FAYL-BILLOT**

Fait à .....

Le .....  
Signature