

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Cadre réservé à l'administration | |
| Date de réception : | N° d'enregistrement : |

1. VOTRE ORGANISME

Pour personne physique : Identification de la personne ; Pour personne morale : Dénomination sociale et adresse du siège social de la structure qui porte l'agrément
17. N° SIREN

11. Nom _____

12. Adresse _____

13. Code postal _____

14. Commune _____

15. Tél : _____ 16. Télécopie : _____

18. N° R.C.S. ou N° M.S.A. _____

181. et/ou n° d'agrément (pour les sociétés coopératives agricoles ou SICA) _____

19. Forme juridique (cocher la case)

| | | | |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| SA/SARL/SAS | <input type="checkbox"/> | COOP | <input type="checkbox"/> |
| Sté DE FAIT | <input type="checkbox"/> | SICA | <input type="checkbox"/> |
| EURL | <input type="checkbox"/> | GIE | <input type="checkbox"/> |
| Autre : | | Ent. individ. | <input type="checkbox"/> |

2. INFORMATIONS GENERALES

21. Nombre total de salariés _____

22. Nombre d'établissements effectuant :

de la distribution de produits phytopharmaceutiques à des
utilisateurs professionnels : _____

de la distribution de produits phytopharmaceutiques à des
utilisateurs non professionnels : _____

de l'application en prestation de service de produits
phytopharmaceutiques : _____

du conseil à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques,
indépendant de toute activité de vente ou d'application : _____

Pièces à joindre obligatoirement

⇒ Certificat de la police d'assurance couvrant la responsabilité civile
professionnelle de l'organisme des activités mentionnées _____

Jusqu'au 30 septembre 2013 :

⇒ Copie des certificats individuels des salariés concernés _____

A compter du 1^{er} octobre 2012 :

⇒ Copie du contrat avec l'organisme certificateur _____

A compter du 1^{er} octobre 2013 :

⇒ Copie du certificat de votre organisme par un organisme certificateur
reconnu par le Ministère en charge de l'agriculture _____

Cochez la case pour indiquer que vous avez joint les documents demandés

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ces documents et je m'engage à notifier tout changement mettant en cause les conditions de l'agrément.

Fait à : _____ le,

Nom, prénom et signature du responsable de l'organisme :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données nominatives portées dans ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour ces données auprès du ministère en charge de l'agriculture

3. DESCRIPTION DE VOTRE ETABLISSEMENT¹

Si plusieurs pages sont nécessaires, utiliser le formulaire intercalaire CERFA en numérotant chaque intercalaire

31. Identification de l'établissement rattaché à l'organisme :

| | |
|-------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| Code postal | <input type="text"/> |
| Commune | <input type="text"/> |
| Tél : | <input type="text"/> |
| Télécopie : | <input type="text"/> |
| Courriel : | <input type="text"/> |

Etablissement de distribution de produits
phytopharmaceutiques

Etablissement d'application en prestation
de service de produits
phytopharmaceutiques

Etablissement de conseil à l'utilisation des
produits phytopharmaceutiques,
indépendant de toute activité de vente ou
d'application

N° SIRET ou R.C.S. ou N°M.S.A.

Cochez la case correspondante
Activités principales (Codes)
(cf liste jointe ou libellé pour l'activité non codifiée)

32. Effectif total :

321. dont effectif exerçant des fonctions de vente

322. dont effectif exerçant des fonctions de conseil

323. dont effectif utilisant les produits phytopharmaceutiques

324. dont effectif exerçant des fonctions d'encadrement

33. Nombre de certifiés :

34. Identification du (ou des) certifié(s) de l'établissement

| 341. Nom | 342. Prénom | 343. Fonctions dans l'établissement (Codes) |
|----------|-------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

libellé pour la fonction non codifiée (cf liste jointe):

Nom, prénom et signature du responsable de l'organisme

¹ « Etablissement » : établissements secondaires et/ou établissements d'une autre entité juridique pour lesquels l'organisme porte l'agrément.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données nominatives portées dans ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour ces données auprès du ministère en charge de l'agriculture

ACTIVITES PRINCIPALES DES ETABLISSEMENTS

DISTRIBUTION de produits phytopharmaceutiques

| | |
|----|------------------------------------|
| 01 | Coopérative |
| 02 | Négoce |
| 03 | Jardinerie – magasins de bricolage |
| 04 | Libre service agricole |
| 05 | Graineterie |
| 06 | Droguerie |
| 07 | Grande distribution |
| 08 | Vente par correspondance |
| 09 | Groupements d'achat |
| 10 | Autres (à préciser) |

CONSEIL à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques, indépendant de toute activité de vente ou d'application

| | |
|----|-------------------------|
| 41 | Entreprise indépendante |
| 42 | Etablissements publics |
| 43 | Autres (à préciser) |

APPLICATION de produits phytopharmaceutiques en prestation de service

| | |
|----|--------------------------------------|
| 25 | Traitement par application terrestre |
| 26 | Traitement par aéronef |
| 27 | Dératisation – désinfection |
| 28 | Désinsectisation |
| 29 | Fumigation |
| 30 | Travaux paysagers et espaces verts |
| 31 | Traitement des semences |
| 32 | Autre (à préciser) |

LISTE DES FONCTIONS DES PERSONNES

Dans un établissement de DISTRIBUTION de produits phytopharmaceutiques

| | |
|----|---|
| 50 | Chef d'entreprise |
| 51 | Directeur d'établissement |
| 52 | Responsable d'approvisionnement de point de vente, de dépôt, de jardinerie, chef de dépôt, chef de centre |
| 53 | Agent technico-commercial, chef de zone, agent relation/culture, agent de développement, conseil |
| 54 | Responsable de rayon |
| 55 | Agent technique, chef magasinier, vendeur confirmé, employé de magasin |
| 56 | Autre (à préciser) |

Dans un établissement d'APPLICATION de produits phytopharmaceutiques en prestation de service

| | |
|----|------------------------|
| 75 | Chef d'entreprise |
| 76 | Directeur d'entreprise |
| 77 | Conducteur de travaux |
| 78 | Contremaître |
| 79 | Inspecteur technique |
| 80 | Chef de chantier |
| 81 | Chef d'équipe |
| 82 | Applicateur |
| 83 | Autre (à préciser) |

Dans un établissement de CONSEIL à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques, indépendant de toute activité de vente ou d'application

| | |
|----|--|
| 91 | Chef d'entreprise |
| 92 | Directeur d'établissement |
| 93 | Responsable d'équipe |
| 94 | Conseiller indépendant de toute activité de vente ou d'application |
| 95 | Autres (à préciser) |