

Le retourner, dûment complété et signé à :
Service Régional de l'Alimentation
10 rue du Séminaire
94516 Rungis Cedex

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"/>
EUURL	<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
- ⇒ Copie du contrat avec un organisme certificateur reconnu par le Ministère
en charge de l'agriculture
- ⇒ Copie de l'avis favorable par un organisme certificateur reconnu par le
Ministère en charge de l'agriculture

Dans un délai maximum de 6 mois après la délivrance de l'agrément provisoire :

- ⇒ 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 :

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)