



DRAAF-SRFD AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

**Demande d'attestation de certificat individuel d'utilisation  
des produits phytopharmaceutiques  
délivré par le ministère en charge de l'agriculture**

**EN CAS DE PERTE OU DE NON RECEPTION DU CERTIFICAT**

**Identité**

Madame       Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Epouse : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_

**Adresse**

Numéro, rue, bâtiment : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Certificat Obtenu**

Spécialité : \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_ N° Certificat : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

**Signature de la demande**

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Adresse où transmettre la demande**

**DRAAF – SRFD Auvergne-Rhône-Alpes  
Certiphyto  
16 B rue Aimé Rudel  
BP 45  
63 370 LEMPDES**

ou

mail : [certiphyto.draaf-auvergne-rhone-alpes@agriculture.gouv.fr](mailto:certiphyto.draaf-auvergne-rhone-alpes@agriculture.gouv.fr)