

## 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 Normandie  
Certiphyto  
21, avenue de la porte des champs  
76 171 ROUEN cedex

ou mail : [certiphyto.draaf-normandie@agriculture.gouv.fr](mailto:certiphyto.draaf-normandie@agriculture.gouv.fr)