

ATTESTATION DELIVREE PAR L'ORGANISME DE FORMATION  
POUR DEMANDER LE CERTIFICAT INDIVIDUEL PRESENTE PAR FORMATION

**L'organisme de formation**

**FREDON Ile-de-France**  
**16 B Rue de Paris**  
**91160 Champlan**  
**Tel : 01 56 30 00 20- Fax : 01 56 30 00 29**  
**Organisme de formation : 11940748894**

**Le candidat**

Nom et prénom : DE CHAZEUX Teiva  
Date de naissance : 02/07/1988 Lieu de naissance : SAINT CYR L'ECOLE

**Certificat individuel professionnel présenté**

Catégorie et intitulé du certificat individuel :  
**Certibiocide**

Date(s) de formation : **04/04/2023 – 05/04/2023 – 06/04/2023**

Adresse de formation :

**LODI - 61 RUE ALBERT DHALENNE - 93400 SAINT OUEN**

Score obtenu : 26/30

Fait en deux exemplaires originaux le : 11/04/2023

à Champlan

**Signature du candidat :**

Signataire de l'attestation de formation :  
**MOMMAERTS CHARLENE**

Atteste l'exactitude des informations fournies ci-dessus



**FREDON IDF**  
16 B rue de Paris  
91160 CHAMPLAN  
Tél. : 01 56 30 00 22 – Fax : 01 56 30 00 29  
Organisme de formation : 11940748894  
SIRET : 443 614 177 00022