

ATTESTATION

Nom de la collectivité :

Département :SAGE/Bassin versant :

Madame, Monsieur :(nom et titre),

Confirme l'exactitude des informations ci-dessous :

- **Utilisation de produits phytosanitaires**

- Non : depuis le (date) :
- Oui : la structure a-t-elle un plan de désherbage ?

- **Renouvellement de matériel ou équipement**

- Non
- Oui

- **La structure a-t-elle déjà perçu une aide de la Région pour l'acquisition de matériel de désherbage alternatif ?**

- Non
- Oui : préciser la ou les dates de décision :

- **Projet de mutualisation du matériel**

- Non
- Oui : fournir la délibération des demandeurs concernés

Le à

Signature du représentant de la collectivité
ou de la structure :