

## 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 :