

**DECLARATION PREALABLE DE CHANTIER
FUMIGATION LOCAUX DENREES**

**Formulaire à adresser
3 jours ouvrables avant l'opération**

E-mail : sral.draaf-centre-val-de-loire@agriculture.gouv.fr

Conformément à l'arrêté du 4 août 1986 relatif aux conditions générales d'emploi de certains fumigants en agriculture et à l'arrêté du 10 octobre 1988 relatif aux conditions particulières de délivrance et d'emploi du phosphore d'hydrogène, je déclare que l'organisme agréé fait réaliser par la (les) personne(s) certifiée(s) désignée(s), le(s) chantier(s) décrit(s) ci-dessous :

TOUTES LES MENTIONS DOIVENT ETRE RENSEIGNEES

ENTREPRISE OU PERSONNE AGRÉÉE :

N° SIRET : Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél : Portable : Courriel :

N° certificat d'agrément annuel :

N° Agrément applicateur de produits phytopharmaceutiques en prestation de service * :

OPÉRATEUR(S) CERTIFIÉ(S)

Nom Prénom N° Certificat

Nom Prénom N° Certificat

Nom Prénom N° Certificat

DESCRIPTION DU CHANTIER DE FUMIGATION :

Nom ou raison sociale :

Adresse du chantier (avec lieu-dit)

CP : Ville :

Date prévue de l'opération :

FUMIGATION DE DENREES

- Nature des denrées :

- Spécialité utilisée :

- Poids des denrées (en kg) :

- Numéro AMM :

- Volume de l'enceinte (en m³) :

- Dose (en g/m³) :

- Nature du gaz utilisé :

- Qté totale :

- Durée du traitement (en jours) :

* cf code rural, article L254-1

FUMIGATION D'UN LOCAL FIXE OU MOBILE

- Nature du local :	<input type="text"/>	- Spécialité utilisée :	<input type="text"/>
- Volume du local (en m ³) :	<input type="text"/>	- Numéro AMM :	<input type="text"/>
- Nature du gaz utilisé :	<input type="text"/>	- Dose (en g/m ³) :	<input type="text"/>
- Durée du traitement (en jours) :	<input type="text"/>	- Qté totale :	<input type="text"/>

MOTIF DU TRAITEMENT

- Exigence réglementaire
 Présence d'insectes vivants. Si oui, identification des insectes :

Autre, à préciser :

Date de la déclaration :

Signature :

NB : Une déclaration est à faire pour chaque chantier.