

**ENGAGEMENT DES APICULTEURS  
A SUIVRE LE PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE  
ALTERNEE CONTRE LA VARROASE EN 2017**

Je, soussigné(e) (NOM – Prénom).....

Adresse précise.....

.....

Adresse électronique

Déclare être apiculteur à titre (1): professionnel  pluriactif  amateur   
(1) cochez la case correspondante

Sous le n°.....

Déclare détenir : entre ..... (nombre minimum) et ..... (nombre maximum) de colonies (ruches et ruchettes) et joins la déclaration d'emplacement des ruchers validée par le GDS animal.

M'engage à suivre le programme régional de lutte alternée contre la varroase en utilisant les produits de traitement retenus annuellement, à savoir :

Années	Si agriculture conventionnelle	Si agriculture biologique <sup>(2)</sup>
2017	APIVAR	APIGUARD ou APILIFE VAR ou THYMOVAR ou MAQS

<sup>(2)</sup> Fournir obligatoirement une attestation d'adhésion à l'Agriculture Biologique par l'organisme certificateur.

Actuellement l'alternance des molécules est prévue une année sur trois (tau fluvalinate : 2016 – amitraze : 2017 – Après 2017, et après avis de la Région des Pays de la Loire, ce programme est susceptible d'adaptation en fonction de l'évolution en matière de pharmacie vétérinaire.

Pour bénéficier de l'aide régionale, je m'engage à commander chaque année, le produit retenu sur le plan régional auprès de ma structure sanitaire<sup>(3)</sup>. J'autorise ma structure sanitaire à déduire l'aide du Conseil Régional sur la facture correspondante au produit.

Fait à ..... Le..... Signature

\_\_\_\_\_

<sup>(3)</sup> La structure sanitaire fixe l'échéance de la commande.