

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*
PRÉSENTATION GÉNÉRALE

| | | | | | | |
|---|--|----------|---------------|--|-----------------|--|
| Producteur | NOM | | | | PRENOM | |
| Nom et statut juridique de l'exploitation | | | | | | |
| Groupe Local affilié | | | | | | |
| Adresse physique de l'exploitation : | | | | | | |
| Adresse de correspondance du gérant (ou BP) | | | Code postal : | | Commune : | |
| Coordonnées du gérant de l'exploitation | Tél : | | Mob : | | Autre contact : | |
| | Email : | | | | | |
| N° RAP ¹ sur la Carte Agricole Et cocher : <input type="checkbox"/> ATF <input type="checkbox"/> AP1 <input type="checkbox"/> AP2 | | N° RIDET | | | N° RESA | |
| Autres activités agricoles (préciser les ateliers autres que l'apiculture) | <input type="checkbox"/> Production végétale <input type="checkbox"/> Production animale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : | | | | | |

DEMANDE DE LABELLISATION APICOLE

Lister toutes les productions ou produits pour lesquels la labellisation est demandée :

| | |
|---|--|
| Avez-vous l'intention de labelliser d'autres ateliers ? (OUI/NON) | |
| Tenez-vous un cahier d'élevage ? (OUI/NON) | |
| Si oui, depuis quand ? | |
| Tenez-vous un cahier de miellerie ? (OUI/NON) | |
| Si oui, depuis quand ? | |
| Historique ou faits marquants en rapport avec la certification sollicitée : (date d'installation de l'activité, du début de conversion, de labellisation, date de dernière visite de chaque rucher, évolutions techniques, écologiques...) | |
| Avez-vous la Norme Océanienne d'Agriculture Biologique ? (OUI/NON) | |
| Avez-vous le guide de lecture apicole de Bio Calédonie ? (OUI/NON) | |

¹ RAP : Registre de l'agriculture et de la pêche. Retrouvez ce numéro sur le courrier envoyé par la CAP-NC
 BIO_LAB_FOR_PGB_01.01.2025

PLAN DE GESTION BIOLOGIQUE
Apiculture

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*

Quelle est votre motivation pour la démarche en agriculture biologique ?

Projet futurs

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*

COMMERCIALISATION

Quel est votre projet commercial dans le cadre de l'obtention du label ?
Quelles sont vos cibles de distribution (points de vente) ?
Si vous le souhaitez, précisez les noms de vos points de vente afin que nous puissions les intégrer dans une liste à destination des consommateurs :
Passez-vous par un intermédiaire (colporteur, coopérative, grossiste) ?
Si oui, quels sont ces intermédiaires ?
Les points de vente assurent-ils la distinction entre les produits bio/ non bio ?
Avez-vous besoin d'un accompagnement matériel pour mettre en avant votre marchandise labellisée ?
Avez-vous besoin d'être accompagné par l'équipe Bio Calédonia dans la recherche de débouchés commerciaux ?
Autorisez-vous le partage de vos coordonnées (mail/ tel) à de potentiels acheteurs/ distributeurs ?

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*

PERSONNEL – JUSTICE SOCIALE

| | |
|---|--|
| Combien avez-vous de salariés ? | |
| Sont-ils déclarés à la CAFAT ? (OUI/NON) | |
| Le personnel a-t-il accès à : | |
| <input type="checkbox"/> De l'eau potable | <input type="checkbox"/> Des formations |
| <input type="checkbox"/> Un lieu de repos | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : |

MAITRISE DES CONSOMMATIONS EN EAU & ENERGIE

| | |
|--|--|
| Avez-vous un suivi de votre consommation en énergie (électricité, gaz, carburants) ? (OUI/NON) | |
| Quelles mesures mettez-vous en place pour réduire vos consommations d'énergie ? | |
| | |
| | |
| Utilisez-vous des énergies renouvelables ? (OUI/NON) | |
| Si oui, lesquelles ? <i>Ex : photovoltaïque, eau chaude solaire, biomasse...</i> | |
| | |
| | |
| Avez-vous un suivi de votre consommation en eau ? (OUI/NON) | |
| Quelles mesures sont prises pour limiter la consommation en eau ? | |
| | |

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE APICOLE

| | |
|--|--|
| Nombre total de rucher (s) : | |
| Nombre total de ruches : | |
| Quantités produites issus de la ruche durant la saison précédente (en kg) : | |
| Proportion des produits vendus par an (hors produits données, échangés ou autoconsommés) : | |
| Êtes-vous producteur de tous les produits dérivés ? (OUI/NON) | |
| Avez-vous une miellerie ? (OUI/NON) | |
| Numéro d'agrément sanitaire (SIVAP) : | |
| Les reines sont-elles clippées ? (OUI/NON) | |

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*
ORIGINE DES COLONIES

| Lieu d'origine | Propriétaire initial | Date d'introduction | Ruchers BIO (cocher) OUI / NON | |
|----------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ORIGINE DES CIRES

| Fournisseur | Cire d'opercule (OUI / NON) | Date d'introduction |
|-------------|-----------------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

RUCHES ET RUCHERS

| | |
|---|--|
| Quelle est la constitution des ruches ? | |
| Quelles sont les mesures de prophylaxie prises ? | |
| Quelles sont les opérations de traitement ou d'entretien des ruches ? | |

ALIMENTATION DES ABEILLES

| | |
|---|--|
| Une alimentation complémentaire a-t-elle été donnée au cours des 12 derniers mois ? (OUI/NON) | |
| Si oui, quand et pourquoi ? | |
| Préciser les références de l'aliment et l'organisme certificateur : | |

PLAN DE GESTION BIOLOGIQUE

Apiculture

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*

Préciser les quantités par rucher concerné :

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*

TRAITEMENTS VÉTÉRINAIRES ET INTRANTS

En cas de maladie sur les 3 dernières années, préciser le nom, la date, la maladie, le n° de rucher concerné et le traitement/technique associé pour lutter contre la propagation de la maladie.

| Maladie, date, n° de rucher concerné | Traitement et technique de lutte contre la propagation. |
|--------------------------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Quels sont les intrants (autres que médicamenteux) utilisés dans le cas de la lutte contre les nuisibles et maladies sur les 3 dernières années ?

PLAN DE GESTION BIOLOGIQUE

Apiculture

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*

IDENTIFICATION DES RUCHERS

=> Joindre la géolocalisation des ruchers avec un cercle d'un rayon de 3 kms autour.

| Nom ou n° du rucher | Nombre de ruches | N° parcelle sur le plan | Risques (Rayon de 3 km) | Accès à l'eau OUI / NON | Végétation environnante | Commentaires |
|---|------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Y a-t-il des ruchers d'isolement ? (OUI / NON) | | | | | | |
| Si oui, lesquels ? Préciser leur localisation (Point GPS) | | | | | | |

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*
TRACABILITÉ ET INTÉGRITÉ DES PRODUITS

Processus d'extraction, de conditionnement du miel, de la gelée royale, et/ou de la propolis.

| Actions physiques sur le produit | Conditionnement du produit | Opérations de nettoyage |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Comment est gérée la lutte contre les nuisibles ?

| | |
|---------------------------------|--|
| Dans l'atelier (miellerie) : | |
| A l'extérieur : | |

Référence du PGB : *NOM producteur/Atelier/Date*
INTRANTS UTILISES DANS LA FABRICATION DU PRODUIT FINI

Seuls sont considérés ici les intrants entrant dans la composition du produit fini. Joindre les attestations des fournisseurs.

| Nom commercial | Fonction | Certifié bio ou autorisé par la NOAB (OUI / NON) | %tage du produit fini | Fournisseur |
|----------------|----------|--|-----------------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EMBALLAGES

Quel est l'emballage final des différents produits ?

Celui-ci est-il hermétique ? (OUI/NON)

Quelle est l'origine des emballages ? (Préciser si neufs ou recyclés)

Quelles sont les procédures de stockage des emballages ?

Quelles sont les procédures de nettoyage des emballages recyclés (le cas échéant) ?