

**À compter de septembre 2014, un plan de gestion de la fumigation (PGF) propre aux sites sera requis avant l'application de tous les fumigants de sol. Les préposés à l'application doivent se familiariser avec les éléments du PGF et commencer à l'utiliser dès que possible.**

### PLAN DE GESTION DE LA FUMIGATION

Le propriétaire/l'exploitant de la parcelle d'application ainsi que le préposé à l'application doivent conserver des exemplaires signés du plan de gestion de la fumigation pendant deux ans à compter de la date d'application.

Personne qui remplit le plan de gestion de la fumigation: Nom (en caractères d'imprimerie):	J'atteste que le plan de gestion de la fumigation reflète les conditions actuelles du site: Signature: _____ Date: JJ-MM-AAAA
--	--

A Parcelle d'application visée par la fumigation.	
Date de début de l'application: JJ-MM-AAAA	Date de fin de l'application: JJ-MM-AAAA
Adresse/coordonnées GPS de la parcelle d'application:	
Nom du propriétaire/exploitant de la parcelle d'application:	Numéro de téléphone:
Adresse du propriétaire/exploitant de la parcelle d'application:	
Zone de la parcelle d'application:	Texture du sol de la parcelle d'application: <input type="checkbox"/> Grossière: sable fin, sable loameux fin <input type="checkbox"/> Moyennement grossière: loam sableux, loam sableux fin <input type="checkbox"/> Moyenne: loam sablo-argileux, loam, loam limoneux <input type="checkbox"/> Fine: argile, loam argileux, loam limoneux-argileux
Température du sol:	
Teneur en eau du sol: _____% de la capacité au champ mesurée à l'aide de _____	

B Produit de fumigation du sol qui sera utilisé.	
Nom du produit de fumigation du sol:	Numéro d'homologation:
Méthode d'application:	
Profondeur d'injection (le cas échéant):	Dose d'application généralisée équivalente:

**Veiller à ce que l'étiquette des produits et les fiches signalétiques des pesticides se trouvent sur place et puissent être rapidement consultés par les employés.**

C Plan concernant les films agricoles.	
Calendrier d'inspection des films agricoles:	<input type="checkbox"/> Sans objet (aucune utilisation de films agricoles) Équipement/méthode pour perforer les films agricoles:
Date prévue pour la perforation des films agricoles: JJ-MM-AAAA	Date prévue pour le retrait des films agricoles: JJ-MM-AAAA

D Renseignements sur les zones tampons. Une zone tampon est une aire établie autour du périmètre de la parcelle d'application et qui s'étend vers l'extérieur, sur la même distance dans toutes les directions. Une zone tampon est requise pour toutes les applications de fumigant de sol. Il est possible de réduire la distance d'une zone tampon selon les paramètres de l'application.			
Dose d'application selon la table de correspondance figurant sur l'étiquette:	Indiquer toutes les réductions appliquées à la zone tampon et les mesures effectuées (consulter l'étiquette pour les options possibles):	Réduction totale appliquée à la zone tampon: _____%	Distance réelle de la zone tampon requise: ____mètres  Distance de la zone tampon figurant sur l'étiquette × Réduction totale de la zone tampon = Distance de la zone tampon requise  <b>La distance minimale de la zone tampon est de 8 mètres, peu importe les réductions qui s'y appliquent.</b>
Superficie de la parcelle d'application selon la table de correspondance figurant sur l'étiquette:			
Distance de la zone tampon selon la table de correspondance figurant sur l'étiquette:			
Description des parties de la zone tampon qui ne sont pas sous la responsabilité du propriétaire (ou de l'exploitant) de la parcelle d'application:		Si la zone tampon s'étend à des zones qui échappent au contrôle du propriétaire ou de l'exploitant, une entente écrite est requise, indiquant que toute personne quittera la zone tampon pendant la période d'exclusion de la zone tampon. <input type="checkbox"/> Entente écrite jointe au PGF <input type="checkbox"/> Non requise	

E Avis relatifs à la fumigation du site traité et à la zone tampon. Des panneaux d'avertissement doivent être installés à toutes les entrées de la parcelle d'application. Des panneaux d'avertissement doivent être installés à l'extérieur du périmètre de la zone tampon, à moins qu'une barrière physique empêche l'accès accidentel à la zone tampon.	
Nom de la/des personne(s) responsable(s) d'installer et de retirer les panneaux du site traité par fumigation:	Nom de la/des personne(s) responsable(s) d'installer et de retirer les panneaux de la zone tampon (le cas échéant):

F Mesures de préparation et d'intervention d'urgence : S'il y a des habitations ou des commerces à proximité de la zone tampon, il faut effectuer une surveillance atmosphérique de fumigant ou fournir aux voisins les renseignements sur les interventions.	
Il faut planifier des mesures de préparation et d'intervention d'urgence si:	la zone tampon est de > 8 mètres à ≤ 30 mètres et qu'il y a des habitations ou des commerces dans les 15 premiers mètres du périmètre extérieur de la zone tampon.
	la zone tampon est de > 30 mètres à ≤ 60 mètres et qu'il y a des habitations ou des commerces dans les 30 premiers mètres du périmètre extérieur de la zone tampon.
	la zone tampon est de > 60 mètres à ≤ 90 mètres et qu'il y a des habitations ou des commerces dans les 90 premiers mètres du périmètre extérieur de la zone tampon.
	la zone tampon est de > 90 mètres ou si les zones tampons se chevauchent et qu'il y a des commerces dans les 90 premiers mètres du périmètre extérieur de la zone tampon.
Des mesures de préparation et d'intervention d'urgence sont-elles requises dans le cadre de l'application? <input type="checkbox"/> Non requises en fonction de la distance de la zone tampon et de la proximité des habitations ou des commerces <input type="checkbox"/> Requises (remplir la section relative à la surveillance du site de fumigation ou la section relative aux renseignements sur les interventions destinés aux voisins)	
[ ] Plan de surveillance du site de fumigation	
Heure 1:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 2:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 3:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 4:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 5:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 6:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 7:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
Heure 8:	Lieu de la surveillance: _____ Personne chargée de la surveillance: _____
[ ] Plan de renseignements sur les interventions destinés aux voisins	
Dresser la liste des habitations ou des commerces qui recevront les renseignements:	
Décrire la méthode utilisée pour transmettre les renseignements (c.-à-d. publi-postage, cartons à la porte):	
Nom et numéro de téléphone de la personne chargée de transmettre les renseignements:	

G Plan de surveillance atmosphérique. Indiquer si les activités cesseront, ou se poursuivront avec une surveillance de la qualité de l'air, si un utilisateur/préposé à l'application éprouve une irritation sensorielle (larmolement, sensation de brûlure aux yeux ou au nez). En cas de recours à la surveillance de la qualité de l'air, fournir les détails relatifs à l'équipement à utiliser.			
En cas d'irritation sensorielle, les activités cesseront-elles? <input type="checkbox"/> Interruption des activités <input type="checkbox"/> Poursuite des activités avec utilisation d'un respirateur et d'un dispositif de surveillance de la qualité de l'air	Tâche représentative de la surveillance de la qualité de l'air:	Dispositif de surveillance de la qualité de l'air:	Calendrier de surveillance de la qualité de l'air:

**À compter de septembre 2014, un plan de gestion de la fumigation (PGF) propre aux sites sera requis avant l'application de tous les fumigants de sol. Les préposés à l'application doivent se familiariser avec les éléments du PGF et commencer à l'utiliser dès que possible.**

<b>H</b> Plan d'intervention d'urgence : Fournir les renseignements relatifs aux responsabilités et à la marche à suivre en cas d'incident ou d'urgence. Veiller à ce que tous les préposés à l'application concernés sachent quoi faire en cas d'urgence.		
Description des voies d'évacuation :	Emplacement du téléphone le plus proche:	Numéro de téléphone des premiers intervenants: <b>911</b>
	Coordonnées de l'autorité locale:	Coordonnées de l'autorité provinciale:
Décrire la marche à suivre en cas d'urgence et les responsabilités en cas d'incident pendant l'application:		
Décrire la marche à suivre en cas d'urgence et les responsabilités en cas d'irritation sensorielle éprouvée à l'extérieur de la zone tampon pendant ou après l'application:		
Décrire la marche à suivre en cas d'urgence et les responsabilités en cas de défectuosité liée à l'équipement, aux films agricoles et au scellage du sol ou toute autre situation d'urgence:		

<b>I</b> Joindre un plan du site (carte, photo aérienne ou croquis) de la parcelle d'application et de la zone environnante.
<p>(Joindre une carte, une photo aérienne ou un croquis de la parcelle d'application comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'emplacement de la parcelle d'application et ses dimensions;</li> <li>• l'emplacement de la zone tampon et ses dimensions;</li> <li>• les limites de la propriété;</li> <li>• les routes, les droits de passage, les trottoirs, les sentiers piétonniers et les arrêts d'autobus;</li> <li>• les parcelles d'application adjacentes;</li> <li>• les bâtiments voisins (occupés ou non);</li> <li>• l'emplacement des panneaux d'avertissement concernant le site traité par fumigation;</li> <li>• les emplacements des panneaux d'avertissement concernant la zone tampon;</li> <li>• l'emplacement des sites difficiles à évacuer (écoles, garderies, centres d'hébergement et de soins de longue durée, résidences-services, hôpitaux, cliniques avec patients hospitalisés, prisons) ainsi que leurs distances par rapport au site d'application;</li> <li>• les lieux visés par la surveillance de la qualité de l'air (le cas échéant);</li> <li>• les voies d'évacuation.</li> </ul>

<b>J</b> Ce produit ne peut être utilisé que par les détenteurs d'un certificat approprié ou d'un permis de préposé à l'application reconnu par l'organisme de réglementation des pesticides de la province ou du territoire où a lieu l'application. Les renseignements relatifs à tous les utilisateurs/préposés à la manipulation de fumigant concernés doivent être indiqués ci-dessous.			
Nom:	Adresse:	Numéro de téléphone:	Indiquer l'équipement de protection individuelle requis (consulter l'étiquette) : <input type="checkbox"/> Vêtement à manches longues et pantalon <input type="checkbox"/> Combinaison <input type="checkbox"/> Combinaison résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Gants résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Tablier résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Chaussures résistantes aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Lunettes de protection <input type="checkbox"/> Respirateur
Numéro de certificat ou de permis:		Date de délivrance: JJ-MM-AAAA	
Nom de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):	Numéro de téléphone de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):		
Adresse de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):			
Nom:	Adresse:	Numéro de téléphone:	Indiquer l'équipement de protection individuelle requis (consulter l'étiquette) : <input type="checkbox"/> Vêtement à manches longues et pantalon <input type="checkbox"/> Combinaison <input type="checkbox"/> Combinaison résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Gants résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Tablier résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Chaussures résistantes aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Lunettes de protection <input type="checkbox"/> Respirateur
Numéro de certificat ou de permis:		Date de délivrance: JJ-MM-AAAA	
Nom de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):	Numéro de téléphone de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):		
Adresse de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé à manipulant des produits à usage commercial):			
Nom:	Adresse:	Numéro de téléphone:	Indiquer l'équipement de protection individuelle requis (se reporter à l'étiquette) : <input type="checkbox"/> Vêtement à manches longues et pantalon <input type="checkbox"/> Combinaison <input type="checkbox"/> Combinaison résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Gants résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Tablier résistant aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Chaussures résistantes aux produits chimiques <input type="checkbox"/> Lunettes de protection <input type="checkbox"/> Respirateur
Numéro de certificat ou de permis:		Date de délivrance: JJ-MM-AAAA	
Nom de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):	Numéro de téléphone de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):		
Adresse de l'employeur (s'il s'agit d'un utilisateur/préposé manipulant des produits à usage commercial):			

Ajouter des feuilles supplémentaires pour les autres préposés à l'application, le cas échéant.