

NOM – Prénom :

Adresse :

N° apiculteur :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Mail :

RUCHER :

Type d'abeilles : ☐ Noire ☐ Buckfast ☐ Croisées ☐ Autres :

Nombre de colonies : **De ruchers :** **Type :** ☐ Dadant ☐ Voiron ☐ Warré

Environnement : ☐ Grandes cultures ☐ Maraîchage/arboriculture ☐ Vignoble ☐ Prairies

☐ Haies ☐ Forêt ☐ Friches ☐ Zones urbaines ☐ Autre :

PRODUCTION ☐ / VENTE ☐ :

Miel ☐ / ☐

Pollen ☐ / ☐

Gelée royale ☐ / ☐

Propolis ☐ / ☐

Cire ☐ / ☐

Essaims ☐ / ☐

Reines ☐ / ☐

Pollinisation ☐ / ☐

PRATIQUES APICOLES :

Système d'exploitation : ☐ Sédentaire ☐ Transhumant (lieu, miellée) :

Intervention dans le renouvellement : ☐ Oui ☐ Non

Achat d'essaims : ☐ Oui ☐ Non

Achat de reines : ☐ Oui ☐ Non

Récupération d'essaims vagabonds : ☐ Oui ☐ Non

Traitement des essaims récupérés : ☐ Oui : ☐ Non

Auto-renouvellement employé : ☐ Division ☐ Greffage ☐ Insémination ☐ Autre :

Cires renouvelées : ☐ Oui ☐ Non

Nourrissement : ☐ Oui ☐ Non

PATHOLOGIES :

% de pertes estimé sur la dernière saison :

Cause(s) suspectée(s) :

Suivi varroa : ☐ Oui ☐ Non

Méthode utilisée, période de mise en oeuvre :

Traitement varroa entrepris sur la dernière campagne (produit, période de mise en oeuvre) :

.....

Autres maladies : ☐ aucune ☐ frelon asiatique ☐ teigne ☐ nosérose ☐ mycoses ☐ autre

Date et signature