

VOS COORDONNEES

Nom, prénom du responsable légal de l'exploitation			
Nom, prénom et fonction de la personne à contacter			
Raison sociale			
Adresse			N° SIRET
			N° TVA
C Postal			Tél :
Commune			Email :
Rattachement à une structure collective (Coop, OP....) :		OUI (si oui indiquer la raison sociale) :	

PORTEE DE LA CERTIFICATION DEMANDEE

PREMIERE DEMANDE		AJOUT DE CULTURES		RENOUVELLEMENT					
Operations réalisées par le client ou sous sa responsabilité (indiquer Oui ou Non)									
produits concernés	Surface en production (ha) Plein champs	Surface en production Ha sous abri (1)	Traitement post récolte	Manutention (Stockage, lavage, tri, calibrage conditionnement) (2)	Lister les activités sous-traitées	Production parallèle : y a-t-il une partie de la production du produit qui n est pas certifiée ?	Propriété parallèle : achetez-vous du produit non certifié à un tiers	Période de récolte (mois)	Pays de destination (lister tous)

(1) **Culture sous abri** = culture cultivée sous serre ou sous tunnel (= structure en verre, plastique ou autre matériau similaire), accessible à des personnes. Ne sont pas inclus: protection individuelle de plantes/arbres, filets, tunnels bas ou protection contre la grêle.

(2) **Manutention** des produits = activités de manutention à bas risque à l'exploitation, comme l'**emballage**, le **stockage**, le **lavage** ou toute autre activité de manutention où le produit entre en contact avec d'autres matériaux ou substances.

Avez-vous des sites supplémentaires où la production ou la manutention des produits a lieu ? (si oui compléter le tableau ci-dessous)						OUI	NON
--	--	--	--	--	--	-----	-----

	Temps de déplacement depuis l'exploitation	Local phyto sur site ?		Batiments sur site ?		Culture(s) et activité(s) concernée(s)
Site 1		OUI	NON	OUI	NON	
Site 2		OUI	NON	OUI	NON	

Sous traitez vous la MANUTENTION (l' emballage , le stockage , le lavage) ou les TRAITEMENTS CHIMIQUES POST RECOLTE ? (si oui compléter le tableau ci-dessous)						OUI	NON
--	--	--	--	--	--	-----	-----

	Raison Sociale du sous-traitant	Commune, département	Temps de déplacement depuis l'exploitation	Culture(s) concernée(s)	N° GGN *
Sous- traitant 1					
Sous- traitant 2					

Réalisez vous la MANUTENTION (l' emballage , le stockage , le lavage) ou les TRAITEMENTS CHIMIQUES POST RECOLTE pour le compte d'autres producteurs certifiés GLOBALGAP ?						OUI	NON
--	--	--	--	--	--	-----	-----

Informations complémentaires

Avez-vous déjà été enregistré auprès de Globalgap ?	OUI	OUI indiquer votre N° GGN	
Votre structure est elle déjà certifiée ?	NON	OUI dans quelle(s) démarche (s) :	
Souhaitez vous coupler l'audit GLOBALGAP avec un audit / un autre referentiel:	NON	OUI quel cahier des charges :	