

**MARCHE À SUIVRE POUR L'ENREGISTREMENT**

- > Veuillez compléter chacune des 9 étapes du présent formulaire.
- > Veuillez envoyer votre formulaire dûment rempli, incluant tous les documents exigés, par courriel au [pesticides@ville.repentigny.qc.ca](mailto:pesticides@ville.repentigny.qc.ca) ou à l'hôtel de ville situé au 435, boulevard Iberville, à l'attention du Service d'aménagement et de développement du territoire.
- > Lors de l'enregistrement, veuillez prévoir un montant de 50 \$ pour le certificat d'enregistrement annuel et un montant de 5 \$ par vignette pour chaque véhicule desservant le territoire repentinois.

**1. Complétez les renseignements sur l'entreprise.**

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

N° d'entreprise du Québec (NEQ), si applicable N° \_\_\_\_\_ QUÉBEC INC.

Nom du responsable \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de cellulaire \_\_\_\_\_

N° de télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Moyen de communication à privilégier pour vous joindre :  Courriel  Téléphone

**2. Indiquez les permis détenus par votre entreprise qui sont délivrés par le ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MELCC) selon la Loi sur les pesticides et joignez à votre demande une copie des permis.**

Nom du détenteur	N° du permis	Catégorie de permis (domaine d'activités)	Date d'expiration

**3. Complétez les renseignements sur votre assurance responsabilité civile et joignez à votre demande une copie de l'assurance.**

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_

Période de validité Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Votre assurance responsabilité civile doit être d'un montant minimal de 1 000 000 \$ par incident.

**4. Spécifiez si au sein de votre entreprise, il y a une personne spécialisée dans le diagnostic d'une infestation.**

Si oui, quelle formation possède-t-elle ?

- Oui  Non Si oui, spécifiez :  En lutte intégrée  
 En gestion environnementale des espaces verts  
 Autre \_\_\_\_\_

**5. Veuillez nommer les associations professionnelles dont vous êtes affilié/membre (ASHOQ, Ordre des Agronomes, ASHEQ, etc.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Inscrivez les informations sur les employés chargés de l'application des pesticides et joignez à votre demande, pour chacun d'eux, une copie du ou des certificats de compétences délivrés par le MELCC selon la Loi sur les pesticides.**

1	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
2	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
3	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	

---

4	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
5	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
6	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
7	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
8	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
9	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	
10	Nom					
	Adresse					
	N° certificat/ attestation		Catégorie de certificat		Date d'expiration	

**7. Indiquez les véhicules utilisés pour l'épandage d'engrais et de pesticides.**

	N° du véhicule	Marque et modèle	Année	Le véhicule est-il visuellement identifié à votre entreprise ?		Immatriculation
1				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
2				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
3				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
4				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
5				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
6				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
7				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
8				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
9				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
10				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
11				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
12				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
13				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
14				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
15				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
16				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
17				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
18				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
19				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
20				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Inscrivez les balises d'identification de vos véhicules

**8. Indiquez les techniques ou les services que vous offrez pour prévenir les problèmes horticoles.**

**Utilisation de méthodes culturales**

Aération du sol	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Épandage de terreau et de compost	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Ensemencement (semis manuel – mécanique – hydroensemencement)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Utilisation de semences contenant des endophytes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Mycorhizes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vérification du taux d'acidité (pH)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Épandage d'engrais 100 % naturel	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Tonte du gazon à 8 cm (3 pouces)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Gazon coupé laissé sur place après la tonte (herbicyclage)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Diversité dans les semences utilisées	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres méthodes, spécifiez :		

**Utilisation de pesticides à faible impact et agents de lutte biologique**

Savon insecticide	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pyréthrine naturelle (Trounce, EndAll, etc.)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Huile de dormance	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<i>Bacillus thuringiensis ssp. kurstaki</i> (Btk)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Spinosad	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nématode (lutte biologique)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Gluten de maïs (contrôle des mauvaises herbes et fertilisant)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Acide acétique, fer chélaté ou autres herbicides naturels	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fongicide naturel	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres méthodes, spécifiez :		

**9. Déclaration**

En présentant cette demande, j'affirme avoir lu et compris le règlement municipal n° 515 régissant l'utilisation extérieure des pesticides et des engrais sur le territoire de la ville de Repentigny et m'engage à le respecter et à transmettre les informations conformément à ce règlement.

Signé à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable

\_\_\_\_\_  
Nom en caractère d'imprimerie