



N°13990*03

DECLARATION DE MISE EN PLACE OU DE SORTIE D'UN TROUPEAU DE VOLAILLES DE L'ESPÈCE *GALLUS GALLUS* OU *MELEAGRIS GALLOPAVO*

Article 4 des arrêtés du 26/02/08 relatifs à la lutte contre les infections à *Salmonella* dans les troupeaux de l'espèce *Gallus gallus* en filière ponte d'oeufs de consommation et en filière chair

Article 4 de l'arrêté du 04/12/09 relatif à la lutte contre les infections à *Salmonella* dans les troupeaux de dindes de reproduction

A adresser à la direction départementale (de la cohésion sociale et) de la protection des populations (DD(CS)PP) du département où est situé l'atelier.

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Propriétaire du troupeau

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Exploitation où sont détenues les volailles (à renseigner si différent du propriétaire)

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ;

Nom et prénom ou raison sociale : _____

Vétérinaire sanitaire de l'élevage de volailles

Nom et prénom : _____ N° Ordre : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ; Mél : _____

Nom des délégataires : _____

ATELIER OU SONT DÉTENUES LES VOLAILLES (POULAILLERS)

N° INUAV : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code oeuf éventuel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse du lieu d'hébergement : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

TROUPEAU MIS EN PLACE

Date de mise en place : |_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_| Nombre exact de volailles mises en place : mâles : _____ ; femelles : _____

Mise en place initiale Complément de lot

Filière : Repro *Gallus* chair Repro *Gallus* ponte Repro Dindes Oeufs de consommation

Etage de production : Pedigree Grands-parentaux Parentaux

Stade de production : Futurs reproducteurs Reproducteurs Poulettes Pondeuses

Type de reproducteurs : Standard Label Medium Lourde

Souche femelle : _____ Souche mâle : _____

Type de volailles : Volailles d'un jour Volailles détassées Volailles adultes

TROUPEAU MIS EN PLACE (SUITE)

Adhérent à la charte sanitaire : Oui Non

Vaccination : Oui Non Si oui références des vaccins Salmonella prévus (nom, laboratoire, sérovar) : _____

Age à la mise en place : _____ Date d'éclosion : _____

Troupeau et couvoir d'origine : _____ N° INUAV : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Troupeau et couvoir d'origine : _____ N° INUAV : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Troupeau et couvoir d'origine : _____ N° INUAV : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vocation de production : oeufs à couver oeufs embryonnés oeufs coquille oeufs casserie

* Charte sanitaire définie dans les arrêtés du 26/02/08 (Gallus Gallus) ou l'arrêté du 22/12/2009 (Dindes)

TROUPEAU SORTI (*)

Date de sortie le |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| ; Destination des volailles : _____

N° INUAV de destination : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sortie totale Sortie partielle Nombre de volailles sorties : _____
(Si destination élevage)

MENTIONS LÉGALES

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. La fourniture des données qu'il contient est obligatoire. La loi vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, en vous adressant à la direction gestionnaire.

SIGNATURE

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal) : _____

- certifie avoir pouvoir pour représenter le demandeur dans le cadre de la présente formalité ;
- certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire.

Fait le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| ; Signature : _____

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date de réception : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| ; Numéro d'identification dossier : _____

Signature :