

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT
A renvoyer à la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP)
du département où est enregistré votre établissement

Désignation du vétérinaire sanitaire par le détenteur d'animaux ou par le responsable rassemblement temporaire ou permanent d'animaux
 (articles L.203-1, L.203-2, L.203-3, R.203-1, R. 203-2 du code rural et de la pêche maritime)

I. IDENTIFICATION DU DESIGNATAIRE :

N°EDE : 29

Nom :
 Prénom (s) :
 Raison sociale de l'établissement :

Adresse :
 Code postal : Commune :
 N° SIRET :
 Adresse électronique :
 Téléphone fixe :
 Téléphone mobile :
 Télécopie :

II. ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT :

TYPE D'ETABLISSEMENT :

ESPECES CONCERNEES ET EFFECTIFS :

- Elevage
- Centre de rassemblement d'animaux
- Etablissement de vente d'animaux
- Etablissement de présentation au public d'animaux
- Etablissement de fourniture ou d'élevage d'animaux destinés à l'expérimentation animale
- Etablissement d'utilisation d'animaux d'expérimentation animale
- Centre de collecte de sperme ou d'embryons
- Etablissement de monte naturelle
- Fourrière

- Animaux de compagnie
- Ruminants (Bovins) :
- Petits ruminants (Ovins) :
- Petits ruminants (Caprins) :
- Equins
- Suidés
- Volailles
- Lagomorphes
- Apiculture
- Aquaculture
- Faune sauvage captive

III. COORDONNEES DU VETERINAIRE SANITAIRE DESIGNÉ (possibilité de désigner plusieurs vétérinaires sanitaire disposant d'un même domicile professionnel d'exercice dans la mesure où l'aire géographique d'exercice de leur habilitation comprend le département du lieu de détention des animaux) :

Si votre désignation concerne plus de six vétérinaires, merci de fournir leurs coordonnées sur papier libre.

Date de prise de fonctions du (ou des) vétérinaire(s) :

Nom : Nom :
 Prénom(s) : Prénom(s) :
 N°Ordre : N° Ordre :

Nom : Nom :
 Prénom(s) : Prénom(s) :
 N°Ordre : N° Ordre :

Nom : Nom :
 Prénom(s) : Prénom(s) :
 N°Ordre : N° Ordre :

Domicile professionnel d'exercice :
 Adresse :
 CP : Commune :
 Téléphone fixe :
 Téléphone mobile :
 Adresse électronique :

N°ORDRE de la clinique :

IV. ENGAGEMENT DU VETERINAIRE SANITAIRE :

Si votre désignation concerne plus de six vétérinaires, merci de fournir leur engagement sur papier libre.

Je soussigné(e) ,

- , Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1)
- , Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1)
- , Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1)
- , Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1)
- , Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1)
- , Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1)

déclare accepter d'être désigné vétérinaire sanitaire de l'établissement mentionné au I/.

Je déclare :

- que cette désignation, en s'ajoutant aux responsabilités que j'ai déjà acceptées me permet de garantir le bon exercice de mes missions dans des conditions techniques et des délais satisfaisants, y compris en cas d'urgence sanitaire ;
- que cette désignation me permet de respecter le nombre maximal d'animaux que je suis autorisé à suivre et déterminé par l'arrêté du 24 avril 2007 (2) ;
- ne pas être propriétaire des animaux, ni détenir de participation financière, dans l'établissement de détention des animaux ou la manifestation dans lesquels j'interviens en qualité de vétérinaire sanitaire.

Date : Date : Date :
 Nom : Nom : Nom :
 Signature : Signature : Signature :

Date : Date : Date :
 Nom : Nom : Nom :
 Signature : Signature : Signature :

- Indiquer les coordonnées du domicile professionnel administratif.
- Arrêté du 24 avril 2007 relatif à la surveillance sanitaire et aux soins régulièrement confiés au vétérinaire pris en application de l'article L. 5143-2 du code de la santé publique.

V. ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU DESIGNATAIRE:

Je m'engage à informer la DDPP destinataire de ce formulaire de tout changement de vétérinaire sanitaire et m'engage à ce que ce changement intervienne en dehors des périodes d'exécution et de contrôle des mesures de surveillance ou de prévention ou de lutte prescrites par l'autorité administrative, lorsque ces mesures sont prescrites pour une durée déterminée (le changement de vétérinaire sanitaire ne peut donc intervenir qu'entre deux campagnes de prophylaxie).

Je reconnais être informé que conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 7 novembre 2001 modifié, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), toute information détenue dans le système d'information de la Direction générale de l'alimentation (SIGAL) et relative à la généalogie, aux mouvements et à l'état de santé des animaux entretenus dans mon élevage ainsi qu'à la situation de mon élevage lui-même au regard des maladies réglementées et non réglementées, pourra être communiquée par les services de l'Etat au(x) vétérinaire(s) sanitaire(s) ci-dessus désigné(s).

Date : le / / 20

Nom - prénom - signature :

VI. DECISION DU SERVICE INSTRUCTEUR (cadre réservé à l'administration)

La désignation est :

- accordée
- refusée pour le motif suivant :
- votre demande doit être complétée car le dossier ne comprend pas la (les) pièce(s) suivante(s) .

Cachet / Signature du responsable du service instructeur : Date

La présente décision peut faire l'objet d'un recours administratif devant le tribunal administratif du ressort duquel dépend le domicile professionnel administratif du vétérinaire dans un délai de deux mois à compter de sa notification.



PRÉFET DU FINISTÈRE

**Direction départementale
de la protection des populations
du Finistère**

Service Santé et Protection des Animaux et des
Végétaux

Affaire suivie par : **service prophylaxie**

**DEMANDE DE DEROGATION
(à retourner à la DDPP29)**

N° EDE : 29

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune :

Afin de pouvoir déroger à l'obligation des prélèvements sérologiques dans le cadre de la surveillance programmée vis à vis de la brucellose ovine et caprine, je m'engage d'une part à :

- **détenir 5 animaux (ovins/caprins) maximum de plus de 6 mois ;**
- **ne pas détenir d'autres espèces sensibles à la brucellose (bovins, porcins) ;**
- **ne pas avoir de numéro SIRET associé à un code NAF « production animale » ;**
- **ne procéder à aucune vente, prêt ou mise en pension d'animaux dans d'autres troupeaux ;**
- **ne pas participer à des rassemblements d'animaux (comices, mini ferme...) ;**
- **réserver uniquement la production de la viande de mes animaux pour ma consommation personnelle ;**

et d'autre part

- **désigner un vétérinaire sanitaire document ci-joint ;**
- **déclarer les avortements ou autre signe clinique évocateur de Brucellose ;**
- **participer au recensement annuel (enregistrement auprès de l'EDE) ;**
- **tenir à jour le registre d'élevage, identification individuelle et notification des mouvements .**

Fait à le/...../.....

Signature :

Références :

- Arrêté ministériel du 19 décembre 2005 relatif à l'identification des animaux de espèces ovines et caprines.

- Arrêté ministériel du 10 octobre 2013 fixant les mesures techniques et administratives relatives à la prophylaxie collective et à la police sanitaire de la brucellose ovine et caprine.

**DETENTION DE PETITS RUMINANTS
DECLARATION D'ACTIVITES**

Identification de l'exploitation où sont détenus les ovins ou les caprins

Raison sociale de l'exploitation (en l'absence de raison sociale, nom et prénom de l'éleveur) et adresse postale :		Adresse précise des sites d'élevage (si différentes de l'adresse principale) :	
Téléphone :	Télécopie :	Portable :	
N° d'immatriculation EDE de l'exploitation : 29			

OVINS

Effectif à la date de la déclaration :	Nombre TOTAL de ovins
	Nombre de ovins âgés de plus de 6 moisbéliers ;.....brebis

Activité au cours de l'année précédente

Activités : (1) cocher la ou les mentions exactes

Atelier animaux à l'engrais (1) femelles allaitantes (1) femelles laitières (1)

Vente de lait cru ou de produits laitiers à base de lait cru : oui non (1)

Vente de reproducteurs (1)

troupeau inscrit à l'UPRA (1)

animaux d'agrément (1)

autre :.....

CAPRINS

Effectif à la date de la déclaration :	Nombre TOTAL de caprins
	Nombre de caprins âgés de plus de 6 mois boucs;..... chèvres

Activités : (1) cocher la ou les mentions exactes

Atelier animaux à l'engrais (1) femelles allaitantes (1) femelles laitières (1)

Vente de lait cru ou de produits laitiers à base de lait cru : oui non (1)

Vente de reproducteurs (1)

troupeau inscrit à l'UPRA (1)

animaux d'agrément (1)

autre :.....

DESIGNATION DU VETERINAIRE SANITAIRE

Je désigne ci-après le vétérinaire sanitaire chargé du suivi sanitaire, et notamment des prélèvements sanguins pour le dépistage de la brucellose, des unités de production déclarées ci-dessus ; dans le cas où mon exploitation comporterait des unités de production bovine, le vétérinaire sanitaire déjà désigné pour le cheptel bovin sera chargé du suivi des cheptels ovin et caprin :

Dr

En cas de cessation de l'activité petits ruminants, date de la cessation :

Fait le :

Signature
Nom du signataire :

Compléter ou modifier toutes les rubriques et transmettre à : Direction départementale de la protection des populations - 2 rue Kervoal - 29334 QUIMPER Cedex
SERVICE PROPHYLAXIE : 02-98-64-36-24- TELECOPIE : 02-98-95-81-33 - COURRIEL SERVICE : ddpp-pssav@finistere.gouv.fr

