

**FORMULAIRE 4 - FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'INSCRIPTION
PROGRAMME DE CERTIFICATION DES TROUPEAUX POUR LA MALADIE DÉBILITANTE CHRONIQUE**

Déclaration du propriétaire et de l'administrateur régional relative à l'inscription

Propriétaire :

J'atteste, par la présente, que j'ai lu attentivement et que je comprends parfaitement tous les documents relatifs au Programme de certification des troupeaux pour la Maladie Débilante Chronique.

J'ai également rempli tous les documents exigés et signé tous les formulaires nécessaires.

Je suis conscient des diverses exigences que doit respecter mon exploitation pour être admissible au programme, et je déclare qu'elle y est parfaitement conforme.

Enfin, j'ai lu, compris et signé le formulaire 5 - Acceptation des risques, entente sur l'indemnisation et renonciation et j'ai joint ce dernier au dossier.

Vétérinaire accrédité ou public :

J'atteste, par la présente, que j'ai lu attentivement et que je comprends parfaitement tous les documents relatifs au Programme de certification des troupeaux pour la Maladie Débilante Chronique.

J'ai également rempli tous les documents exigés et signé tous les formulaires nécessaires.

J'ai examiné attentivement cette exploitation et j'atteste, par la présente, qu'elle répond à toutes les exigences d'admissibilité du programme, énoncées dans le formulaire de revue annuelle de l'exploitation (formulaire 6).

Nom de l'exploitation _____

Prénom _____ Nom de famille _____

Signature de l'éleveur de cervidés

Signature du vétérinaire accrédité ou public

Nom de l'éleveur de cervidés
en caractères d'imprimerie

Nom du vétérinaire accrédité ou public
en caractères d'imprimerie

En date du ____ jour de ____ 20__

En date du ____ jour de ____ 20__