

**FORMULAIRE 8C – CONFIRMATION DE LA LISTE D'INVENTAIRE PAR LE PROPRIÉTAIRE OU L'EXPLOITANT
PROGRAMME DE CERTIFICATION DES TROUPEAUX POUR LA MALADIE DÉBILITANTE CHRONIQUE**

(Nom du propriétaire ou de l'exploitant de la ferme) (numéro de téléphone au bureau)

en ce _____ jour de _____ 20____

atteste que :

- tous les cervidés âgés de moins de 12 mois sont identifiés de façon à ce que le propriétaire ou l'éleveur soit en mesure de les retracer dans la liste d'inventaire du troupeau, ET
- tous les cervidés de 12 mois ou plus sont identifiés au moyen de deux dispositifs d'identification distincts, dont l'un est une étiquette officielle. L'identification des cervidés est conforme à toutes les exigences des gouvernements fédéral et provincial/territorial en matière d'identification officielles (s'il y a lieu).

Les registres ont été vérifiés et un rapprochement a été fait entre les deux types officiels d'étiquettes d'identification pour chacun des cervidés.

Signature :

Propriétaire ou exploitant de la ferme

(Nom du vétérinaire ou du responsable du PCT du gouvernement provincial/territorial) (numéro de téléphone au bureau)

en ce _____ jour de _____ 20____

confirme que le rapprochement des registres a été vérifié. Les registres ont été vérifiés et un rapprochement a été fait entre les étiquettes officielles d'identification pour chacun des cervidés.

à la ferme :

Nom de l'exploitation : _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Signature :

Vétérinaire ou responsable du PCT nommé précédemment