

**FORMULAIRE 3- 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 Débilite Chronique.*

*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.*

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

*J'ai rapporté à mon vétérinaire accrédité toute maladie chez les cervidés de plus de 12 mois d'âge, qui a duré plus que deux semaines et qui ne répond pas au traitement.*

**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 Débilite Chronique.*

*J'ai examiné attentivement cette exploitation et j'atteste, par la présente, qu'elle répond à toutes les exigences d'admissibilité du programme, telles quelles sont énoncées dans les Normes Nationales.*

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

*J'ai été informé de l'évolution de toutes les maladies signalées, dans les cervidés de plus de 12 mois d'âge et j'en ai suivi l'évolution qui a duré plus que deux semaines.*

*Je n'ai observé aucun signe clinique de MDC dans ce troupeau.*

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\_\_