

**FORMULAIRE 4 - ACCEPTATION DES RISQUES, ENTENTE SUR L'INDEMNISATION ET RENONCIATION  
PROGRAMME DE CERTIFICATION DES TROUPEAUX POUR LA MALADIE DÉBILITANTE CHRONIQUE**

Par la présente, l'éleveur de cervidés soussigné s'engage à assumer tous les risques liés au Programme de certification des troupeaux (PCT) pour la maladie débilante chronique (MDC) (ci-après appelé le *programme*) auquel il a l'intention de s'inscrire.

Compte tenu de l'acceptation de son inscription au programme et des avantages que lui procurera ce dernier, le soussigné libère, par la présente, l'administrateur régional et l'évaluateur du statut, la Fédération canadienne du mouton (FCM), l'administrateur national, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) de toute responsabilité concernant la mise en œuvre du programme.

Ce formulaire, intitulé *Acceptation des risques, entente sur l'indemnisation et renonciation* vise à libérer la Fédération canadienne du mouton ainsi que les organismes provinciaux et fédéraux susmentionnés qui prennent part au programme (ci-après dénommés collectivement « les parties ») de toute responsabilité à l'égard des blessures, des dommages et (ou) des pertes de quelque nature que ce soit qui pourraient éventuellement être subis. Le présent formulaire permet également d'autoriser les parties concernées à partager des informations.

Le soussigné assume tous les risques et veille à ce que les parties soient dégagées de toutes poursuites ou causes de poursuite, réclamations et demandes à l'égard de dommages, de pertes ou de blessures, quelle qu'en soit la cause, qui pourraient être subis par le soussigné ou par l'un de ses employés ou l'un de ses investisseurs, en raison de la participation au programme, y compris les dommages, pertes et blessures imprévus qui pourraient être subis à l'avenir et tous les effets et conséquences de ceux-ci.

COMPTE TENU de ce qui précède, le soussigné accepte en outre de ne faire aucune réclamation ni d'intenter aucune poursuite à l'égard de toute autre personne ou société qui pourrait réclamer un paiement ou une indemnité en vertu des dispositions de toute loi traitant de négligence ou d'activités délictueuses ou de lois similaires d'une province ou d'un territoire.

Le soussigné assume toutes les responsabilités de l'employeur, il veille à ce que seul un personnel compétent prenne part aux activités, il s'engage à exécuter le programme de manière sécuritaire en utilisant son propre équipement et à utiliser des méthodes de travail sûres en assumant tous les risques, etc., et est responsable des besoins de ses travailleurs en matière d'indemnité d'accident du travail (le cas échéant).

Nom de l'exploitation \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE 4 - ACCEPTATION DES RISQUES, ENTENTE SUR L'INDEMNISATION ET RENONCIATION  
PROGRAMME DE CERTIFICATION DES TROUPEAUX POUR LA MALADIE DÉBILITANTE CHRONIQUE**

Le soussigné respectera en tout temps tous les critères stipulés dans les *Normes nationales de certification du Programme de certification des troupeaux pour la maladie débilatante chronique*.

Le soussigné a le pouvoir de lier l'exploitation à cette entente. EN FOI DE QUOI, nous avons signé le présent formulaire contractuel dûment rempli et intitulé *Acceptation des risques, entente sur l'indemnisation et renonciation*.

En date du \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'éleveur de cervidés

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie et signature  
du témoin

Je, \_\_\_\_\_, par la présente, libère et dégage l'administrateur régional et l'évaluateur du statut, la Fédération canadienne du mouton, ses dirigeants, ses employés et ses représentants de toutes réclamations, responsabilités, pertes, dépenses et causes de poursuite et de tous dommages et coûts, de toute nature que ce soit, pouvant découler de la mise en œuvre et de l'administration du Programme de certification des troupeaux pour la maladie débilatante chronique.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, par la présente, libère et dégage l'administrateur national, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, son ministre, sa direction, ses employés et ses représentants de toutes réclamations, responsabilités, pertes, dépenses et causes de poursuite et de tous dommages et coûts, de toute nature que ce soit, pouvant découler de la mise en œuvre et de l'administration du Programme de certification des troupeaux pour la maladie débilatante chronique.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, par la présente, libère et dégage le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), son ministre, sa direction, ses employés et ses représentants de toutes réclamations, responsabilités, pertes, dépenses et causes de poursuite et de tous dommages et coûts, de toute nature que ce soit, pouvant découler de la mise en œuvre et de l'administration du Programme de certification des troupeaux pour la maladie débilatante chronique.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE 4 - ACCEPTATION DES RISQUES, ENTENTE SUR L'INDEMNISATION ET RENONCIATION  
PROGRAMME DE CERTIFICATION DES TROUPEAUX POUR LA MALADIE DÉBILITANTE CHRONIQUE**

Je, \_\_\_\_\_, consens à ce que l'administrateur régional, l'évaluateur du statut et la Fédération canadienne du mouton transmettent des renseignements pertinents sur mon exploitation à l'administrateur national et à l'Agence canadienne d'inspection des aliments dans le cadre du Programme de certification des troupeaux pour la maladie débilatante chronique.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, consens à ce que l'administrateur régional, l'évaluateur du statut et la Fédération canadienne du mouton transmettent des renseignements pertinents sur mon exploitation au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) aux fins de réglementation relative à l'élevage de gibier ou de surveillance des maladies.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, consens à ce que le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) transmette des renseignements pertinents sur mon exploitation à l'administrateur régional, à l'évaluateur du statut et à la Fédération canadienne du mouton aux fins d'administration du programme.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, consens à ce que l'administrateur national et l'Agence canadienne d'inspection des aliments et (ou) l'administrateur régional, l'évaluateur du statut et la Fédération canadienne du mouton publient des renseignements sur l'inscription et le statut de certification de nos exploitations sur leur site Web ou aux endroits qu'ils jugent appropriés.

Signature de l'éleveur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_