

DECLARATION A REMPLIR PAR L'ELEVEUR

Je soussigné _____ NOM _____ PRENOM _____

Adresse complète _____ RUE OU LIEU-DIT _____
_____ CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

déclare sur l'honneur n'avoir pas eu connaissance, dans mon cheptel immatriculé sous le n° _____
de cas clinique confirmé des maladies suivantes :

- Paratuberculose, kérato-conjonctivite infectieuse et pasteurellose bovine **depuis vingt-quatre mois.**
- Campylobactériose, trichomonose leptospirose, I.B.R/I.P.V, BVD/MD, néosporose et para-grippe 3 (PI3) **depuis douze mois.**
- Maladie de Schmallenberg

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature de l'éleveur

CERTIFICAT VETERINAIRE

CHEPTEL N° : _____

Je soussigné, _____, vétérinaire sanitaire à _____
certifie :

- *n'avoir pas constaté de cas clinique confirmé des maladies mentionnées ci-dessus, durant les périodes indiquées.*
- *que l'exploitation n'a pas fait l'objet d'une interdiction officielle pour cause de brucellose dans les 42 jours précédant le départ en Turquie et dans les 30 jours dans le cas de l'anthrax.*

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du vétérinaire

LISTE DES BOVINS DU CHEPTEL N° _____
DESTINES A L'EXPORTATION VERS LA TURQUIE

N° NATIONAL (10 CHIFFRES)	N° NATIONAL (10 CHIFFRES)
FR	FR

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature de l'éleveur

Signature et cachet du vétérinaire