

FORMULAIRE DE DEMANDE D'IDENTIFICATION POUR ÉQUIDÉ

(À COMPLÉTER EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET À RENVOYER À L'ADRESSE CI-DESSUS)

PROPRIÉTAIRE DE L'ÉQUIDÉ :

personne juridique (société) : Forme juridique : Nom :

personne physique :

Prénom : Nom :

Rue : N° : Boîte:

Code postal : Localité : Pays :

Téléphone : Fax : Gsm : E-mail :

RESPONSABLE SANITAIRE DE L'ÉQUIDÉ : (Le responsable sanitaire doit être une personne physique)

le propriétaire est également le responsable sanitaire de l'équidé

actuellement le responsable sanitaire est :

Prénom : Nom :

Rue : N° : Boîte:

Code postal : Localité :

Téléphone : Fax : Gsm : E-mail :

VÉTÉRINAIRE CERTIFIÉ CHOISI POUR EFFECTUER L'IDENTIFICATION : (voir liste des vétérinaires certifiés)

Prénom : Nom : N° Ordre :

Rue : N° : Boîte: Code Postal : Localité :

EQUIDÉ À IDENTIFIER : Joindre une copie des papiers existants (passeport ou certificat d'origine)

Nom : U.E.L.N. (ou n° STUD-BOOK) :

Sexe : Jument Etalon Hongre Date de naissance ou année de naissance estimée :

Type : Cheval de selle Cheval de trait Poney Ane Zèbre Autre :

Inscrit ou destiné à être inscrit dans un livre généalogique (stud-book) : oui non Si oui, lequel ?

Dispose déjà d'un passeport conforme à l'Arrêté Royal du 16/06/2005 : oui non Si oui, édité par :

Dispose déjà d'un microchip : oui non Si oui, n° du microchip : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

S'il s'agit d'un poulain, est-il destiné à être abattu dans la même année que celle de sa naissance ? oui non

STATUT : JE SOUHAITE QUE CET ÉQUIDÉ SOIT :

maintenu dans la chaîne alimentaire pour la consommation humaine. Il peut être abattu.

exclu de la chaîne alimentaire pour la consommation humaine (ce choix est définitif et irréversible, même lors d'un changement de propriétaire).
Il ne pourra jamais être abattu.

Remarque : tout équidé est considéré au moment de sa naissance comme étant un animal producteur d'aliments.

LIEU DE STATIONNEMENT :

L'équidé pourra être vu : à mon domicile à l'adresse du responsable sanitaire

à une autre adresse :

VALIDATION

Le propriétaire ou son mandataire, déclare que les données ci-dessus sont exactes.

Prénom :

Nom :

Date :

Signature :

Le responsable sanitaire (si différent du propriétaire)

Date :

Signature :