

INFORMATIONS SUR LA CHAÎNE ALIMENTAIRE VEAUX

PARTIE 1 – INFORMATIONS PRODUCTEUR ET VÉTÉRINAIRE D'EXPLOITATION

1. PRODUCTEUR

NOM DU RESPONSABLE

ADRESSE TROUPEAU

CODE TROUPEAU

TEL

E-MAIL

FAX

2. VÉTÉRINAIRE D'EXPLOITATION

NOM

ADRESSE

TEL

FAX

E-MAIL

PARTIE 2 – INFORMATIONS SUR LES VEAUX

NOMBRE DE VEAUX POUR ABATTAGE

MARQUES AURICULAIRES

DATE MISE A L'ENGRAISSEMENT

DATE DEPART PREVUE

HÉBERGEMENT CONTRÔLÉ OUI NON

1. MÉDICAMENTS ET ADDITIFS ALIMENTAIRES

NOM DU MÉDICAMENT / DE L'ADDITIF	DATE OU PÉRIODE D'ADMINISTRATION	DURÉE TEMPS D'ATTENTE (jours)

2. PROBLÈMES CONSTATÉS DANS LE LOCAL D'ÉLEVAGE

MORTALITÉ* OUI NON SI OUI, CONSTATATIONS / CAUSE (si connue):

MALADIES** OUI NON SI OUI, CONSTATATIONS / CAUSE (si connue):

*1) pour les lots du type laitier et pour les lots mixtes: oui: > ou = 5%, non: < 5% (% déterminé sur le lot de production)

2) pour les lots du type viandeux: oui: > ou = 7%, non: < 7 % (% déterminé sur le lot de production)

** : oui: un traitement de groupe a été requis

3. ANALYSES EFFECTUÉES DANS LE CADRE DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

ON A EFFECTUÉ DES ANALYSES QUI ONT UNE IMPORTANCE POUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE OUI NON

SI OUI, TYPES D'ANALYSE ET RESULTATS:

TYPE D'ANALYSE	RESULTAT D'ANALYSE

JE M'ENGAGE A DELIVRER UNE NOUVELLE DECLARATION D'ICA SI AU COURS DE LA PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE DECLARATION D'ICA, DE NOUVEAUX TRAITEMENTS OU ANALYSES ETAIENT EFFECTUES ET/OU SI DES MALADIES OU UNE MORTALITE ANORMALE ETAIENT CONSTATEES.

JE CERTIFIE QUE CETTE DECLARATION EST COMPLETE ET QUE TOUS LES TEMPS D'ATTENTE ONT ETE RESPECTES.

SIGNATURE DU PRODUCTEUR

DATE

PARTIE 3 – ABATTOIR – CONTRÔLE ET APPROBATION

J'ACCEPTÉ CES VEAUX POUR L'ABATTAGE

OUI

OUI, SOUS CONDITIONS

REMARQUES

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ABATTOIR

DATE

PARTIE 4 – AFSCA – CONTRÔLE : ICA CONTROLÉES

SIGNATURE DU VÉTÉRINAIRE OFFICIEL

DATE