

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU PROGRAMME POUR LES PRODUCTEURS



**PROGRAMME DE CERTIFICATION
SANITAIRE POUR L'ARTHRITE
ENCÉPHALITE CAPRINE (AEC)**

Par la présente,

Nom du responsable		#NIM	
Nom de l'entreprise			
Adresse			
Ville / province		Code postal	
Téléphone		Télécopie	
Adresse de courriel			

J'accepte de participer au programme de certification sanitaire pour l'arthrite encéphalite caprine (AEC) selon les modalités prévues au programme et les suivantes. Tout au long de ma participation, pour ma ferme:

- Tous les caprins et les ovins du troupeau résidant sur ma ferme seront identifiés par des tatouages uniques et un registre de troupeau sera complété et disponible;
- Les mesures de biosécurité obligatoires seront implantées et maintenues (annexe 3);
- Les échantillons de sang seront prélevés chez les caprins et les ovins par un médecin vétérinaire;
- Les frais vétérinaires encourus pour la collecte des échantillons et l'évaluation de la biosécurité découlant du projet seront à ma charge;
- Des frais de laboratoire de 2,50\$+taxes (sujet à changement) par échantillon sont payables à la SECLRQ ou au RECBQ. *Facturation minimum de 5\$ si 1 seul échantillon;*
- Les résultats des tests de laboratoire ne seront divulgués par le gestionnaire du programme seulement après la réception du paiement. Des frais de gestion pourraient s'ajouter;
- Les animaux qui seront déclarés positifs ou non spécifiques au test de l'AEC, de même que les cabris de moins de 6 mois nés ou élevés par les chèvres positives, devront être séparés du troupeau négatif;
- Toute information reliée à ma participation au projet demeurera confidentielle. Les résultats du programme peuvent servir à des analyses et être publiés dans des revues

agricoles tout en conservant l'anonymat de la source. Mes coordonnées et le statut de mon troupeau seront publiés.

Si vous ne désirez pas que le statut de votre troupeau soit publié, veuillez s'il vous plaît cocher la case suivante :

Je, soussigné : _____ Date : _____

Mon troupeau est composé de :

Nb. ____ Chèvres laitières Nb. ____ Chèvres de boucherie Nb. ____ Chèvres Angora
Nb. ____ Brebis laitières Nb. ____ Brebis de boucherie

Coordonné de mon médecin vétérinaire :

Nom du médecin vétérinaire		#	
Nom de la clinique			
Adresse			
Ville / province		Code postal	
Téléphone		Télécopie	
Adresse de courriel			

Veillez retourner le formulaire dûment rempli, à votre gestionnaire :

Chèvres laitières et angoras

Société des éleveurs de chèvres laitières de race du Québec (SECLRQ)
Stéphanie Béliveau
3800 Boulevard Casavant Ouest
St Hyacinthe (Québec) J2S 8E3
Courriel: seclrq@sogetel.net

Chèvres de boucherie

Regroupement des éleveurs de chèvres de boucherie du Québec (RECBQ)
Gérald Bérubé
869, Louis Hébert
Mascouche (Québec) J7K 0R5
Courriel: bergerx@yahoo.fr