

**MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT**  
**A renvoyer à la Direction Départementale de la (Cohésion Sociale) Protection des Populations (DD(CS)PP)**  
**du département où est enregistré votre établissement**

**Désignation du vétérinaire sanitaire par le détenteur d'animaux ou par le responsable d'un de**  
**rassemblement temporaire ou permanent d'animaux**  
 (articles L.203-1, L.203-2, L.203-3, R.203-1, R. 203-2 du code rural et de la pêche maritime)

**I. IDENTIFICATION DU DESIGNATAIRE :**

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Raison sociale de l'établissement : .....

Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....

N° SIRET : .....

Adresse électronique : .....

Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Télécopie : .....

---

**II. ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT :**

<b>TYPE D'ETABLISSEMENT :</b>	<b>ESPECES CONCERNEES :</b>
<input type="checkbox"/> Elevage	<input type="checkbox"/> Animaux de compagnie
<input type="checkbox"/> Centre de rassemblement d'animaux	<input type="checkbox"/> Ruminants
<input type="checkbox"/> Etablissement de vente d'animaux	<input type="checkbox"/> Equins
<input type="checkbox"/> Etablissement de présentation au public d'animaux	<input type="checkbox"/> Suidés
<input type="checkbox"/> Etablissement de fourniture ou d'élevage d'animaux destinés à l'expérimentation animale	<input type="checkbox"/> Volailles
<input type="checkbox"/> Etablissement d'utilisation d'animaux d'expérimentation animale	<input type="checkbox"/> Lagomorphes
<input type="checkbox"/> Centre de collecte de sperme ou d'embryons	<input type="checkbox"/> Apiculture
<input type="checkbox"/> Etablissement de monte naturelle	<input type="checkbox"/> Aquaculture
<input type="checkbox"/> Fourrière	<input type="checkbox"/> Faune sauvage captive

---

**III. COORDONNEES DU VETERINAIRE SANITAIRE DESIGNÉ (possibilité de désigner plusieurs vétérinaires sanitaire disposant d'un même domicile professionnel d'exercice dans la mesure où l'aire géographique d'exercice de leur habilitation comprend le département du lieu de détention des animaux) :**

*Si votre désignation concerne plus de six vétérinaires, merci de fournir leurs coordonnées sur papier libre.*

Date de prise de fonctions du (ou des) vétérinaire(s) : .....

Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
N°Ordre : .....	N°Ordre : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
N°Ordre : .....	N°Ordre : .....
Nom : .....	Nom : .....
Prénom(s) : .....	Prénom(s) : .....
N°Ordre : .....	N°Ordre : .....

Domicile professionnel d'exercice :

Adresse : .....  
 CP : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Adresse électronique : .....

**IV. ENGAGEMENT DU VÉTÉRINAIRE SANITAIRE :**

*Si votre désignation concerne plus de six vétérinaires, merci de fournir leur engagement sur papier libre.*

Je soussigné(e) ,

- ..... Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....  
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1) .....

- ..... Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....  
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1) .....

- ..... Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....  
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1) .....

- ..... Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....  
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1) .....

- ..... Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....  
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1) .....

- ..... Docteur Vétérinaire, né(e) le...../...../.....  
à....., domicilié(e) à titre professionnel au (1) .....

déclare accepter d'être désigné vétérinaire sanitaire de l'établissement mentionné au I/.

Je déclare :

- que cette désignation, en s'ajoutant aux responsabilités que j'ai déjà acceptées me permet de garantir le bon exercice de mes missions dans des conditions techniques et des délais satisfaisants, y compris en cas d'urgence sanitaire ;
- que cette désignation me permet de respecter le nombre maximal d'animaux que je suis autorisé à suivre et déterminé par l'arrêté du 24 avril 2007 (2) ;
- ne pas être propriétaire des animaux, ni détenir de participation financière, dans l'établissement de détention des animaux ou la manifestation dans lesquels j'interviens en qualité de vétérinaire sanitaire.

Date : ..... Date : ..... Date : .....  
Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
Signature : ..... Signature : ..... Signature : .....

Date : ..... Date : ..... Date : .....  
Nom : ..... Nom : ..... Nom : .....  
Signature : ..... Signature : ..... Signature : .....

(1) *Indiquer les coordonnées du domicile professionnel administratif.*

(2) *Arrêté du 24 avril 2007 relatif à la surveillance sanitaire et aux soins régulièrement confiés au vétérinaire pris en application de l'article L. 5143-2 du code de la santé publique.*

**VI. ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU DESIGNATAIRE:**

Je m'engage à informer la DD(SC)PP destinataire de ce formulaire de tout changement de vétérinaire sanitaire et m'engage à ce que ce changement intervienne en dehors des périodes d'exécution et de contrôle des mesures de surveillance ou de prévention ou de lutte prescrites par l'autorité administrative, lorsque ces mesures sont prescrites pour une durée déterminée (le changement de vétérinaire sanitaire ne peut donc intervenir qu'entre deux campagnes de prophylaxie).

Je reconnais être informé que conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 7 novembre 2001 modifié, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), toute information détenue dans le système d'information de la Direction générale de l'alimentation (SIGAL) et relative à la généalogie, aux mouvements et à l'état de santé des animaux entretenus dans mon élevage ainsi qu'à la situation de mon élevage lui-même au regard des maladies réglementées et non réglementées, pourra être communiquée par les services de l'Etat au(x) vétérinaire(s) sanitaire(s) ci-dessus désigné(s).

Date : le / / 20

Nom-prénom-signature : .....

**VII. DECISION DU SERVICE INSTRUCTEUR (cadre réservé à l'administration)**

**La désignation est :**

- accordée
- refusée pour le motif suivant : .....
- votre demande doit être complétée car le dossier ne comprend pas la (les) pièce(s) suivante(s) : .....

Cachet / Signature du responsable du service instructeur : ..... Date : .....

*La présente décision peut faire l'objet d'un recours administratif devant le tribunal administratif du ressort duquel dépend le domicile professionnel administratif du vétérinaire dans un délai de deux mois à compter de sa notification.*