

CERTIFICAT SANITAIRE ENTRÉE EN STATION RACIALE

**Le certificat sanitaire est à retourner au plus tard dans les 48h après
l'entrée en Station Raciale**

Je soussigné(e), Dr _____, vétérinaire traitant / sanitaire à _____ certifie que les animaux mentionnés ci-dessous :

NOM	N° IDENTIFICATION	DATE de NAISSANCE	RACE
			79
			79
			79
			79

ont été examinés et présentés comme faisant partie de l'exploitation de _____
identifiée sous le n° de cheptel _____ *Raison sociale*

Demeurant à _____
Adresse CP Commune

1- Remplissent eux-mêmes les conditions suivantes :

- ☐ Ne présentent aucun signe clinique de toute maladie y compris la Maladie Hémorragique Enzootique au moment de la signature du présent certificat sanitaire
- ☐ Ne sont pas porteurs de lésions cutanées (*varron, gale, poux, dartres, ectoparasites, teigne*)

2- Proviennent d'une exploitation dont le cheptel bovin est exempt de :

- ☐ Cas clinique de paratuberculose depuis au moins 2 ans
- ☐ Fièvre Q depuis au moins 2 ans

Dans le cas d'un résultat positif dans l'élevage, le ou les mâles référencés ci-dessus devront eux-mêmes être testés et présenter un résultat négatif en Fièvre Q

3- Concernant la tuberculose :

→ Cas général : La tuberculination n'est pas à réaliser.

ou

→ Cas particuliers :

- Lorsque les bovins proviennent des 12 départements suivants : **09, 13, 16, 2A, 2B, 21, 24, 30, 33, 34, 40, 47 et 64** une tuberculination avec lecture négative doit dater de **moins de 4 mois** avant l'entrée en station.
- Lorsque les bovins proviennent d'un cheptel classé à risque vis-à-vis de la tuberculose bovine, une tuberculination avec lecture négative doit dater **de moins de 4 mois**.

Fait à _____, le ____/____/____
Le vétérinaire traitant / sanitaire,
(Cachet et signature)

Informations complémentaires

Les veaux doivent être protégés contre les affections respiratoires des bovins (grippe) avant leur entrée en station raciale.

Par ailleurs, il est **fortement recommandé de vacciner en ferme** les mâles recrutés

- contre la fièvre catarrhale ovine (FCO) à l'aide d'un vaccin contre les sérotypes 3 - 4 ET 8 (primo vaccination + rappel)
- contre la maladie hémorragique enzootique (MHE)

Si cela n'est pas possible en ferme, ils seront systématiquement vaccinés en Station Raciale (ces frais seront à la charge du propriétaire)



À faire suivre à la DDETSP

ATTESTATION de la DDETSP du lieu d'exploitation

Le Directeur / La Directrice Départemental(e) de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations, Mr ou Mme _____ atteste que l'exploitation n° _____ :

1- EST DISTANTE DE PLUS DE 10 KM DE TOUT FOYER DE FIEVRE APHTEUSE

2- ET QUE SON CHEPTEL BOVIN EST :

- ♦ indemne depuis 30 jours au moins de toutes maladies de catégories A et B de l'espèce bovine
- ♦ reconnu « officiellement indemne » de tuberculose bovine
- ♦ reconnu « officiellement indemne » de brucellose bovine
- ♦ reconnu « officiellement indemne » de leucose bovine enzootique

Fait à _____, le ____/____/____
(Cachet et signature)

À faire suivre au GDS

ATTESTATION du GROUPEMENT de DEFENSE SANITAIRE

Le Groupement de Défense Sanitaire du / de la _____ certifie que les animaux dont le signalement est mentionné au recto **proviennent d'un cheptel** :

1- **Bénéficiaire d'une appellation indemne vis-à-vis de l'IBR (rhinotrachéite infectieuse bovine)** selon le cahier des charges de l'AFSE

2- **Concernant la paratuberculose :**

- ☐ Le cheptel **bénéficie de la garantie AFSE** et les bovins mentionnés en page 1 ne font pas l'objet de mesure d'exclusion de la garantie

Ou

- ☐ Le cheptel **bénéficie de la garantie avec mention « PARATUB GO »(*)** et les bovins mentionnés en page 1 ne font pas l'objet de mesure d'exclusion de la garantie

Ou

- ☐ Tous les bovins de + de 24 mois présents sur le cheptel ont été contrôlés au cours des 12 derniers mois en vue d'obtenir la garantie

→ Dans ce cas, le pourcentage de résultats positifs doit être **strictement inférieur à 4 %**

Date du dernier contrôle paratuberculose : ____/____/____

Observation(s) du GDS :

Fait à _____, le ____/____/____
(Cachet et signature)

(*) Pour les régions Bretagne, Pays De La Loire et Normandie : le référentiel est annexé lors de l'envoi du présent certificat ou est disponible au téléchargement sur le site de Blonde Génétique, dans la rubrique « Recrutement > Entrée SR : formalités sanitaires »