

**ATTESTATION DEVANT ACCOMPAGNER A L'ABATTOIR DES BOVINS DANS UNE ZONE
RÉGLEMENTÉE SUITE A UN FOYER DE DERMATOSE NODULAISE CONTAGIEUSE BOVINE (DNC)**

Références:

- ARRÊTÉ PRÉFECTORAL n°DDPP-2025-223 déterminant une zone réglementée suite à un foyer de dermatose nodulaire contagieuse bovine (DNCB)
- ARRÊTÉ PRÉFECTORAL n°299-DDPP-25 déterminant une zone réglementée suite à un foyer dermatose nodulaire contagieuse bovine (DNCB)
- ARRÊTÉ PRÉFECTORAL n°DDPP-2025-226 déterminant une zone réglementée suite à un foyer de dermatose nodulaire contagieuse bovine (DNCB)
- Règlement (CE) n°1/2005 du 22 décembre 2004 relatif à la protection des animaux pendant le transport et les opérations annexes

I. PARTIE A COMPLÉTER PAR LE DÉTENTEUR DES ANIMAUX

I.1 IDENTIFICATION DES BOVINS ET LIEU DE DÉTENTION

Catégorie : Gros bovin – Veau – Génisse – Broutard (rayer la/les mentions inutiles)

N° identification

--	--	--

Nom et adresse du lieu de détention des animaux :

.....
.....

I.2 ABATTOIR AYANT ACCEPTÉ DE RECEVOIR LES ANIMAUX

Conformément à l'arrêté préfectoral n°DDPP-2025-223, tous les mouvements autorisés sont effectués sans déchargement, ni arrêt jusqu'au déchargement dans l'établissement de destination, en privilégiant les grands axes routiers ou ferroviaires, en évitant de passer à proximité d'établissements détenant des bovins. Le responsable de l'abattoir, prévenu par le détenteur, a accepté de mettre en place toutes dispositions pour recevoir et abattre les animaux.

Nom et adresse de l'abattoir :

Nom et numéro de téléphone de la personne contactée :

Jour programmé de l'abattage :

I.3 IDENTITÉ ET DÉCLARATION DU DÉTENTEUR

Je, soussigné (nom, prénom)

Qualité du détenteur :

N° de téléphone(s) :

Adresse mail :

Commune Départ :

J'atteste que les animaux sont en bonne santé sans signe clinique compatible avec la DNC

Le cas échéant, date de vaccination :

Date et heure :	Signature du détenteur :
-----------------------	--------------------------

II. PARTIE A COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE AYANT RÉALISÉ L'EXAMEN CLINIQUE DES ANIMAUX (MAXIMUM 72h AVANT LE DÉPART DES ANIMAUX)

EXAMEN CLINIQUE	Lieu :	Date et heure :
------------------------	--------	-----------------

J'atteste que les animaux visités, comprenant ceux désignés au I, ne présentent pas de signes cliniques compatibles avec la DNC

Fait à (lieu) :	Signature et cachet du vétérinaire
-----------------------	------------------------------------

Le (date et heure)	
--------------------------	--

Nom/prénom du vétérinaire :	
-----------------------------	--

N° de téléphone :	
-------------------	--

III. PARTIE A COMPLÉTER PAR LE TRANSPORTEUR :

Eleveur / transporteur (rayer la mention inutile)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions particulières de transport sans déchargement, ni arrêt jusqu'au déchargeement dans l'établissement de destination, en privilégiant les grands axes routiers ou ferroviaires, en évitant de passer à proximité d'établissements détenant des bovins et m'engage à les mettre en œuvre.

Le nettoyage, la désinfection et la désinsectisation du moyen de transport d'animaux vivants ont été réalisés / vont être réalisés (rayer la mention inutile)

Le..... au moyen du produit....., autorisé pour cet usage.

Ces opérations font l'objet d'un enregistrement par l'opérateur.

Je m'engage à réaliser les mêmes opérations de nettoyage/désinfection/désinsectisation au retour de l'abattoir pré-cité.

Fait à (lieu) :

Le (date et heure) :

Nom du transporteur :

Numéro d'immatriculation du véhicule :

Signature du transporteur :

L'ENSEMBLE DE CE DOCUMENT EST A ADDRESSER A L'ADRESSE SUIVANTE :

ddpp-dnc@saone-et-loire.gouv.fr
une fois les parties I, II et III complétées

IV. PARTIE A COMPLÉTER PAR LA DDPP

- Les animaux listés dans la partie I sont autorisés à être transport jusqu'à l'abattoir désigné
 Les animaux listés dans la partie I ne sont pas autorisés à être transportés pour les raisons suivantes :

Signature et cachet :
P / La directrice départementale,

V. PARTIE A COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE OFFICIEL DE L'ABATTOIR

Remarques particulières (IAM – IPM – Désinfection – Désinsectisation de la bétailière) :

Fait à (lieu) :

Signature et cachet du vétérinaire officiel :

Le (date et heure) :

Nom/prénom du vétérinaire officiel :

.....