



N° 15472\*03

## DÉCLARATION DE DÉTENTION D'OISEAUX DANS LE CADRE D'UN FOYER DE MALADIE AVIAIRE

Arrêté du 25 septembre 2023 relatif aux mesures de surveillance, de prévention, de lutte et de vaccination contre l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP)

**A renvoyer à la mairie de la commune où se trouvent les oiseaux recensés dans la présente déclaration**

### IDENTIFICATION DU DETENTEUR

N° SIRET : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou N° EDE : \_\_\_\_\_

Raison sociale (ou nom et prénom) : \_\_\_\_\_

Adresse du détenteur : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_| : Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ; |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
*Fixe Mobile*

Mél : \_\_\_\_\_

### RECENSEMENT ET LOCALISATION DE VOS OISEAUX

Adresse du lieu où sont détenus les oiseaux : \_\_\_\_\_  
(si différente de celle du détenteur)

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_| : Commune : \_\_\_\_\_

| Espèces détenues | Nombre |
|------------------|--------|
| Poules           |        |
| Canards          |        |
| Oies             |        |
| Pigeons          |        |
| Dindes           |        |

| Espèces détenues | Nombre |
|------------------|--------|
| Pintades         |        |
| Cailles          |        |
| Faisans          |        |
| Perdrix          |        |

| Autres espèces d'oiseaux vivant à l'extérieur (paon, ...) | Nombre |
|---|--------|
|   |        |
|   |        |
|   |        |
|   |        |

### VOTRE VÉTÉRINAIRE

Avez-vous désigné un vétérinaire sanitaire ?  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, veuillez indiquer son nom et son lieu d'exercice (cabinet) :

Nom : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

### MENTIONS LÉGALES : VOS DROITS

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui traite votre demande.

### ENGAGEMENTS ET SIGNATURE

**Je soussigné(e)** (*nom et prénom du déclarant*) \_\_\_\_\_ ,

**certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire.**

**Fait le** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**Signature :**

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

**Date de réception :** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| ; **N° Déclaration :** \_\_\_\_\_