

C A P G E N E S

UNION NATIONALE DE SOCIÉTÉS COOPÉRATIVES AGRICOLES
ORGANISME ENTREPRISE DE SÉLECTION CAPRIN MULTIRACIAL
Agropole - 2135, Route de Chauvigny - 86550 MIGNALOUX-BEAUVOIR
Tél. : 05.49.56.10.75 Fax : 05.49.56.46.53.

CERTIFICAT SANITAIRE COMPLÉMENTAIRE NÉCESSAIRE A L'INTRODUCTION D'UN JEUNE BOUC EN STATION DE QUARANTAINE EN VUE DE SON UTILISATION EN INSÉMINATION ANIMALE
(Arrêté Ministériel du 29.03.94 modifié et exigences complémentaires pays tiers)

L'élevage caprin N°..... appartenant à
adresse :
duquel est issu le bouc n° né le
de la mère n° présente les garanties suivantes :

- 1 - N'est pas soumis à des mesures de restriction pour des motifs de police sanitaire ;
- 2 - Est indemne depuis plus de 6 mois / 12 mois / 24 mois (*raier la mention inutile*) de toute maladie réputée contagieuse pour l'espèce caprine ;
- 3 - *Aucun cas de tuberculose bovine n'a été détecté dans l'élevage depuis moins de 3 ans*
OU (raier la mention inutile)
Date du dernier cas de tuberculose bovine diagnostiqué : ;
- 4 - Est officiellement indemne de brucellose au sens de la directive CEE n° 91-68 du 28 janvier 1991 modifiée ;
- 5 - Est indemne de tout signe clinique :
 - d'agalaxie contagieuse caprine (*Mycoplasma agalactiae, Mycoplasma capricolum, Mycoplasma mycoides subsp. mycoides « Large Colony »*) - de lymphadénite caséuse - de listeriose - de leptospirose - de Fièvre Catharrale Ovine - de campylobactériose - d'épididymite - d'anthrax - de fièvre Q - de *S.Abortus Ovis* depuis plus de 12 mois ;
 - de tremblante - d'avortement enzootique des chèvres (*chlamydose, chlamydophilode...*) depuis plus de 2 ans ;
 - de paratuberculose - d'arthrite-encéphalite caprine (A.E.C.) à virus - de *Visna-Maëdi* - de *Border Disease* depuis plus de 3 ans ;
 - d'adénomatose pulmonaire *depuis plus de 5 ans* ;
- 6 - Est inscrit au contrôle sanitaire officiel des ventes de reproducteurs ovin et caprin vis à vis de la tremblante (Arrêté du 22 janvier 2018) depuis le
- 7 - Est qualifié indemne d'A.E.C. à virus :
 OUI NON (*Cocher la case correspondante*)

Je, soussigné, Docteur.....
Vétérinaire Sanitaire à
certifie le point 5 ci-dessus.
Fait à
le
Le Vétérinaire Sanitaire
(signature et cachet)

Je, soussigné,
Directeur de la DD(CS)PP de
certifie les points 1, 2, 3, 4, 6 et 7 ci-dessus.
Fait à
le
Le Directeur départemental
en charge de la Protection des Populations
(signature et cachet)