Administration des
Services Vétérinaires
93, rue d'Anvers
boîte postale 1403
L - 1014 Luxembourg

FAX : (352) 40 75 45
Tél. : (352) 478 25 39

«N_suite_fichier»
«N_troupeau»

«Nom_resp»
«N_maison_resp»,
«Rue_resp»
L-«CP_resp»

N° FICHE 00

FAX DU DETENTEUR:

Certificat d'accompagnement pour porcs

1) A REMPLIR PAR LE MEDECIN VETERINAIRE AU PLUS TÔT 48h AVANT LE TRANSPORT

Je soussigné ....., médecin vétérinaire à .....
certifie par la présente qu'aucun porc de l'exploitation ci dessus ne présente un signe évident de peste porcine classique en date du ...../...../.....

NOMBRE DE PRISES DE SANG EFFECTUEES LES DERNIERS 30 JOURS: . . .

Signature du méd. vétérinaire: . . . . . .

2) A REMPLIR PAR LE DETENTEUR

NOMBRE D'ANIMAUX	TRUIES ALLAITANTES	PORCELETS NON SEVRES	PORCELETS SEVRES	TRUIES INSEMINEES	AUTRES TRUIES	PORCS A L'ENGRAIS	VERRATS
AVANT CHARGEMENT							
A TRANSPORTER							

Destinataire: (NOM) . . . . . .

ADRESSE: . . . . . .

Pour l'identification individuelle des porcs transportés veuillez remplir l'annexe !

Date ...../...../.....

Signature.....
(du détenteur)

CACHET DE L' ADMINISTRATION

3) Nom et adresse du Transporteur: . . . . . .
. . . . . .

Numéro d'agrément du Transporteur:. . . . . .

NOMBRE DE PORCS CHARGES: .....

Véhicule: (N° Plaque). . . . . .

Date de transport: . ./. ./. .

Signature . . . . . .