

DOCUMENT DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION SUR LA CHAINE ALIMENTAIRE - LAPINS

Nom de l'exploitation :	Tél :
Nom et prénom de l'éleveur :	Fax :
Adresse :	Numéro d'exploitation (EDE ou sinon, SIRET) :
Organisation (ou groupement) de production (OP) :	
Adresse :	Tél :
	Fax :
Technicien en charge du suivi de l'élevage :	Tél :
Vétérinaire sanitaire (VS) :	Tél : Fax :

I. Caractéristiques du lot

Numéro du bâtiment d'élevage :	
Adresse du bâtiment (indiquer la commune si différente de celle de l'élevage) :	
Numéro de bande :	Type de démarche qualité : Agriconfiance® <input type="checkbox"/> Certifié <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Date de sevrage : / /	Nombre de lapins sevrés :
Nombre de réformes mis en salle d'engraissement :	Nombre d'animaux en report d'abattage dans la salle:

II. Programme alimentaire (*renseigner toutes les colonnes ou barrer le tableau si aucun aliment composé ayant un temps d'attente ou aliment médicamenteux distribués dans les 30 derniers jours*)

Firme fournissant l'aliment (si différente de l'OP) :

Aliments composés (ayant un temps d'attente) ou médicamenteux (dont coccidiostatiques) distribués dans les 30 derniers jours	Date de début de distribution	Date de fin de distribution	Temps d'attente (en jours)	Vétérinaire prescripteur (si aliment médicamenteux)

III. Données de production et état sanitaire du lot

Pourcentage de mortalité au nid : %

Mortalité en nombre de :	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Total
Lapins sevrés													
Lapins en report													
Lapins de réforme													

Observations et commentaires complémentaires éventuels sur l'état du lot et sur les mortalités :

--

IV. Accidents, pathologies, traitements administrés sous ordonnance (*barrer le tableau si aucun accident/traitement*) Si résultats examens ou examens en cours, précisez : Nom du laboratoire.....

Évènements pathologiques, accidents (30 derniers jours)	Traitement (nom commercial / déposé)	Date de début d'administration	Date de fin d'administration	Délai d'attente (en jours)	Numéro d'ordonnance

V. Enlèvement à destination de l'abattoir

Enlèvement(s) multiple (s) : ♦ oui ♦ non						
Enlèvement 1	Date prévue	Nombre d'animaux			Poids moyen estimé à l'abattage (Kg)	
		Sevrés	Réformes	Report	Sevrés	Réformes
Enlèvement 2						
Éleveur		Nom de l'abattoir destinataire du lot :				
J'atteste sur l'honneur avoir dûment complété ce document et m'engage, en cas d'événement susceptible d'en modifier le contenu et survenant après l'envoi du présent document, à alerter l'abatteur selon les modalités définies avec lui.		Date et signature :	J'atteste avoir pris connaissance des informations figurant sur cette fiche avant d'abattre ce lot et <input type="checkbox"/> Je n'ai identifié aucun critère d'alerte pour ce lot <input type="checkbox"/> J'ai identifié un critère d'alerte sur ce lot et je transmets cette fiche aux services officiels de contrôle en indiquant le ou les critères d'alerte constatés		Date et heure de validation : Signature :	