

# REGISTRE D'ÉLEVAGE

## Pour les détenteurs d'équidés

De : .....

Ouvert le : ...../...../.....



© M. Dhollande

## CARACTÉRISTIQUES DU LIEU DE DÉTENTION

### Adresse du lieu de détention et type d'activité

Dénomination : .....

Adresse : .....

Type activité : .....

### Plan du lieu de détention



## CARACTÉRISTIQUES DU LIEU DE DÉTENTION

### Informations concernant le détenteur des équidés

Numéro de détenteur (SIRE) : .....

**Particulier** : Titre : ..... Prénom : ..... Nom d'usage : .....  
NUMAGRIT (facultatif) .....

**Professionnel** :     **Personne physique ou**     **Personne morale**

N° SIRET : ..... Code APE : .....

Statut juridique (facultatif) : .....

Dénomination (facultatif) : .....

**Coordonnées du détenteur** (si différente du lieu de stationnement des équidés) :

Adresse : .....

Tél : ..... Portable : ..... Mail : .....

### Personne responsable de la tenue du registre d'élevage

Prénom : ..... Nom d'usage : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Portable : ..... Mail : .....

## ENCADREMENT ZOOTECHNIQUE, SANITAIRE ET MEDICAL DES ANIMAUX

### Liste des espèces présentes et type de production

Espèce et type de production	Equidés	.....
Lieu habituel et durée moyenne de détention		
Nom et coordonnées du vétérinaire traitant		
Nom et coordonnées du vétérinaire sanitaire		
Nom, adresse et N° de téléphone des Organisme(s) à vocation sanitaire reconnu(s) et des sociétés mères (facultatif)	RESPE – Réseau d'Epidémio-Surveillance en Pathologie Equine Maison du cheval – 6 avenue du maréchal Montgomery – 14000 Caen Tél : 02 31 57 24 88 – <a href="http://www.respe.net">www.respe.net</a>	
Nom, adresse et N° de téléphone du maréchal ferrant (facultatif)		
Nom, adresse et N° de téléphone du dentiste (facultatif)		

## PRÉSENCE ET CARACTÉRISTIQUES DES ANIMAUX

Liste présences entre le ..../..../..... et le ..../..../....

Nom	N° SIRE	N° transpondeur	Nom et coordonnées du propriétaires	Date de première entrée	Adresse de provenance	Date de sortie définitive	Adresse de destination

## MOUVEMENTS TEMPORAIRES DES ANIMAUX

Liste des mouvements temporaires entre le ..../..../.... Et le ..../..../....  
(Option 1 : mouvements peu fréquents)

Date de sortie	Nom de l'équidé	Motif	Etape éventuelle (adresse)	Lieu de destination (Adresse)	Date de retour

## MOUVEMENTS TEMPORAIRES DES ANIMAUX

Liste des mouvements temporaires entre le ..../..../.... Et le ..../..../....  
 (Option 2 : mouvements fréquents)

Année	Mois																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1/																															
2/																															
3/																															
4/																															
5/																															
6/																															
7/																															
8/																															
9/																															
10/																															

**Légende** (pour chaque sortie, noter l'adresse du lieu de destination)

1:	5:	9:
2:	6:	10:
3:	7:	11:
4:	8:	12:

Se reporter à l'annexe du « Guide à l'attention des détenteurs d'équidés pour l'élaboration du registre d'élevage et de détention d'équidés » pour avoir la notice d'utilisation de ce tableau.

## INTERVENTIONS ET SOINS COURANTS

Enregistrement individuel des interventions, soins et administration de  
**Médicaments** entre le ..../..../.... Et le ..../..../.... (option 1)

Nom de l'animal : .....

Date	Type d'intervention	Intervenant (si vétérinaire : cachet, signature)	Traitement				N° d'ordonnance	Délai d'attente compétition (facultatif)	Délai d'attente abatage ou exclusion abatage
			Nom du médicament	Voie administration, dose (facultatif si ordonnance) à conserver 5 ans	Date de début	Date de fin			



## INTERVENTIONS ET SOINS COURANTS

Enregistrement chronologique des interventions, soins et administration de  
Médicaments entre le ..../..../.... Et le ..../..../.... (option 2)

Date	Nom de l'animal	Type d'intervention	Intervenant (si vétérinaire : cachet, signature)	Traitement				N° d'ordonnance	Délai d'attente compétition (facultatif)	Délai d'attente abatage ou exclusion abatage
				Nom du médicament	Voie administration, dose (facultatif si ordonnance) à conserver 5 ans	Date de début	Date de fin			

## CONTRÔLE DU REGISTRE D'ÉLEVAGE

Date	Organisme de contrôle	Motif de contrôle	Nom du contrôleur	Cachet	Signature