Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa

N° 16298*02

DEMANDE D'AUTORISATION POUR ABATTRE DANS L'EXPLOITATION D'ORIGINE DU GIBIER D'ÉLEVAGE OU DES BISONS

RÈGLEMENT (CE) N°853/2004 DU 29 AVRIL 2004
FIXANT LES RÈGLES SPÉCIFIQUES D'HYGIÈNE APPLICABLES AUX DENRÉES ALIMENTAIRES D'ORIGINE ANIMALE
RÈGLEMENT DÉLÉGUÉ (UE) N°2019/624 DE LA COMMISSION DU 8 FÉVRIER 2019
ARTICLES L.233-2 ET R.231-13 DU CODE RURAL ET DE LA PÊCHE MARITIME
ARRÊTÉ DU 18 DÉCEMBRE 2009 MODIFIÉ
RELATIF AUX RÈGLES SANITAIRES APPLICABLES AUX PRODUITS D'ORIGINE ANIMALE ET AUX DENRÉES ALIMENTAIRES EN CONTENANT

À renvoyer à la direction départementale en charge de la protection des populations (DDecPP), du département où est situé l'établissement

☐ **Première déclaration** ☐ **Actualisation**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR : PROPRIÉTAIRE DES ANIMAUX

N° SIRET / EDE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Raison sociale : _____

Adresse de l'établissement : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

Adresse du courrier si différente de l'adresse de l'établissement : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

Responsable juridique de l'établissement (nom, prénom) : _____

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER

Nom : _____ ; Prénom : _____

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ; |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Fixe *Mobile*

Mél : _____

Fonction : _____

VOS DROITS : MENTIONS LÉGALES

La loi n°78-17 du 06 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.

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ D'ABATTAGE ET DES CIRCUITS DE DISTRIBUTION ENVISAGÉS

Seules les espèces animales détenues ne pouvant pas être transportées en abattoir pour éviter tout risque pour le manipulateur ou garantir le bien-être des animaux peuvent faire l'objet d'un abattage dans l'exploitation d'origine.

Espèces abattues / volumes prévisionnels annuels (nombre d'animaux/an) :

☐ Cerfs / _____ ☐ Daims / _____ ☐ Chevreuils / _____

☐ Rennes / _____ ☐ Sangliers / _____ ☐ Ratites / _____

☐ Bisons / _____ ☐ Autres (à préciser) : _____ / _____

Identification de l'établissement destinataire prévu :

Raison sociale : _____

Adresse de l'établissement : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : _____

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° d'agrément : |__|__|__|__|__|__|__|__|

MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'INSPECTION *ANTE MORTEM* PAR UN VÉTÉRINAIRE OFFICIEL

Je m'engage à :

☐ avertir la DDecPP du département d'implantation de mon élevage de la **date** et de l'**heure d'abattage** de mes animaux, dans un délai de _____ jours avant l'abattage afin d'organiser l'inspection *ante mortem* (IAM). Ce délai a été discuté en amont de l'envoi de la présente demande avec les autorités compétentes et ne peut pas être inférieure à 3 jours ouvrés.

☐ appliquer une procédure de regroupement des animaux permettant de réaliser une inspection *ante mortem* du groupe par un vétérinaire officiel.

Procédure de rassemblement des animaux pour permettre la réalisation de l'inspection *ante mortem* *(lieu et conditions de rassemblement, nombre d'animaux maximum pouvant être rassemblé) :*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ avertir l'exploitant de l'établissement de destination, dans un délai discuté avec cet exploitant, de l'arrivée des carcasses en peau des animaux.

CONDITIONS D'ABATTAGE ET DE TRANSPORT DES ANIMAUX

Méthodes d'abattage

- **Description du dispositif d'immobilisation prévu** *(s'il n'y a aucune contention, le préciser)* **:**

_____

_____

_____

_____

_____

- **Description de la méthode d'étourdissement prévue :**

☐ Dispositif à tige perforante marque :_____ modèle :_____

☐ Arme à feu à balles ☐ Autres (préciser) :_____

- Description des conditions prévues pour permettre la réalisation de la saignée et la récupération du sang en vue de son élimination (matériel, installations, devenir du sang) :

_____

_____

_____

_____

_____

- Description des modalités de plumaison des ratites le cas échéant, la plumaison sur place n'étant pas obligatoire (installations, devenir des plumes) :

_____

_____

_____

_____

_____

- **Éviscération pouvant être réalisée sur place sous contrôle du vétérinaire officiel :**

☐ NON ☐ OUI

Si oui, décrire dans quelles conditions se réalisera l'éviscération (lieu, méthode), comment seront acheminés les viscères jusqu'à l'abattoir ou l'établissement de traitement du gibier sauvage (la traçabilité doit être garantie) et comment seront éliminés les sous-produits animaux éventuels :

_____

_____

_____

_____

_____

Si nécessaire, des plans de l'exploitation comprenant une schématisation des circuits et des différentes étapes ainsi que des photographies des installations peuvent être joints au présent formulaire.

Transport jusqu'à l'établissement destinataire prévu de la carcasse en peau

- Temps de transport : _____

- Maîtrise des températures : ☐ Transport réfrigéré (obligatoire > 2h de transport) ☐ Transport non réfrigéré

En fonction des conditions climatiques, il peut être nécessaire d'utiliser un véhicule réfrigéré même si la durée de transport est inférieure à 2h.

COMPÉTENCE DES OPÉRATEURS

Opérateurs habituels procédant à l'étourdissement et à la saignée

Il est possible qu'il y ait plusieurs opérateurs pour réaliser les opérations d'étourdissement et de saignée. Si tel est le cas, veuillez indiquer l'identité des deux opérateurs concernés. Dans le cas contraire, ne remplir le formulaire que pour un seul opérateur. Apporter les éléments justificatifs.

DÉSIGNATION DE L'OPÉRATEUR 1 :

Nom : _____ ; Prénom : _____

Fonction : ☐ Responsable juridique ☐ Personnel de l'exploitation

☐ Vétérinaire ☐ Autre (préciser) : _____

Compétences de l'opérateur *(plusieurs réponses sont possibles)* **:**

☐ Titulaire d'un certificat de compétence protection des animaux dans le cadre de leur mise à mort (CCPA)

☐ Titulaire d'un diplôme de vétérinaire

☐ Titulaire d'une attestation de chasseur formé à l'examen initial du gibier sauvage

☐ Titulaire d'un permis de chasse

☐ Autre (préciser) : _____

DÉSIGNATION DE L'OPÉRATEUR 2 :

Nom : _____ ; Prénom : _____

Fonction : ☐ Responsable juridique ☐ Personnel de l'exploitation

☐ Vétérinaire ☐ Autre (préciser) : _____

Compétences de l'opérateur *(plusieurs réponses sont possibles)* **:**

☐ Titulaire d'un certificat de compétence protection des animaux dans le cadre de leur mise à mort (CCPA)

☐ Titulaire d'un diplôme de vétérinaire

☐ Titulaire d'une attestation de chasseur formé à l'examen initial du gibier sauvage

☐ Titulaire d'un permis de chasse

☐ Autre (préciser) : _____

Si l'opérateur assurant la mise à mort des animaux ne dispose pas d'un diplôme de vétérinaire ou d'un CCPA pour la catégorie d'animaux concernée, la présence du vétérinaire officiel au moment de l'étourdissement et de la saignée est **obligatoire**.

ENGAGEMENTS ET SIGNATURE

Je soussigné(e) (nom et prénom) : _____

☐ **certifie avoir pouvoir pour représenter le demandeur dans le cadre de la présente formalité ;**

☐ **demande l'autorisation à pouvoir abattre dans l'exploitation d'origine du gibier d'élevage ou des bisons car les animaux ne peuvent pas être transportés jusqu'à un abattoir agréé sans risque pour le manipulateur ou les animaux ;**

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

☐ **m'engage à mettre en place les procédures nécessaires permettant de garantir la protection des animaux au moment de leur mise à mort et d'assurer la sécurité sanitaire des viandes transportées à l'abattoir ou à l'établissement de traitement du gibier sauvage *(uniquement pour les ongulés domestiques)* conformément aux exigences réglementaires ;**

☐ **m'engage à prévenir la DDecPP destinataire de ce formulaire dans le délai prévu avant chaque mise à mort des animaux et à préciser la date, l'heure ainsi que le nombre d'animaux prévus pour la mise à mort ;**

☐ **m'engage à faire une actualisation des informations fournies à chaque changement d'adresse ou d'activité.**

Fait le |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| **Signature :**

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

À L'USAGE DU MINISTÈRE EN CHARGE DE L'AGRICULTURE – NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Demande reçue le |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Signature :

NB: L'autorisation sera notifiée par courrier séparé si l'inspection du site d'abattage se révèle satisfaisante.