

Sujets tracés, nés avant le 15 août 2010

- **MALES.** (possibilité d'expertise pour les taureaux âgés de 10 mois minimum le jour du concours)
- **FEMELLES.**

TOUS LES SUJETS PRESENTS, QUEL QUE SOIT LEUR AGE, DEVRONT ETRE INDEMNES DE TARES.

*Tous les animaux présentés doivent être inscrits au livre de la race.
Les concours seront scindés en fonction du nombre d'inscriptions.
De même, si le nombre de sujets par concours est insuffisant, certains concours pourront être supprimés.*

CONDITIONS SANITAIRES

En annexe

Le bulletin d'inscription complété et signé doit être accompagné des certificats provisoires d'identification ou pedigrees SI ET SEULEMENT SI ils font l'objet d'une modification, d'une mutation, d'une admission ...

En cas de copropriété, un document de copropriété vous sera envoyé.

DATE LIMITE INSCRIPTION : 29 OCTOBRE 2010 **AU PLUS TARD**

BULLETIN D'INSCRIPTION A ENVOYER A :
A.W.E.
SERVICE GENETIQUE (Josiane DEVLIEGER)
RUE DES CHAMPS ELYSEES 4
5590 CINEY
☎ 083/23.06.68.
☎ 083/23.06.76.

DEMANDE D'ANALYSES & D'ATTESTATIONS SANITAIRES

AVANT CONCOURS – EXPERTISES - EXPOSITIONS



LIEU et date de la manifestation : MALMEDY 19-21 NOVEMBRE 2010

Conditions de participation : - Troupeau qualifié B₄, L₃, T₃ et ne faisant pas partie d'une zone de protection ;
 (rappel)
 - Troupeau qualifié **I4, I3, I2 ou I2D**
 - IBR : ELISA gB ET ELISA gE **après le 21 OCTOBRE 2010**. Bovin négatif au test ELISA gE ;
 NB : **Revaccination** des gB + entre le **21/10/2010 ET LE 09/11/2010**
 - BVD : Un résultat négatif en ELISA Ag BVD sur animal de plus de 6 mois au moment du prélèvement OU
 en PCR BVD quelque soit l'âge au moment du prélèvement.

DETENTEUR

Nom:

Adr. :

.....

N° troupeau :

N° fax/mail :

Envoi des résultats: au vétérinaire au détenteur
Envoi des attestations : au vétérinaire au détenteur
Facturation : au vétérinaire au détenteur (défaut)

VETERINAIRE PRELEVEUR

Nom:
 (ou cachet)
Adr. :

OMV : F*/N*

Date prélèvement :/...../.....

Signature:

Réf. Labo :

Identification complète des bovins participant	Réf. des analyses déjà réalisées <small>Remplir uniq. en l'absence d'éch.</small>	Analyses à réaliser sur échantillons de la boîte N°.....			
		Tube	Pos.	N° LIMS	
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		
	IBR :	<input type="checkbox"/> IBR gE & gB	Sec		
	BVD :	<input type="checkbox"/> ELISA Ag <input type="checkbox"/> PCR pool <input type="checkbox"/> PCR ind	EDTA		

Réservé au laboratoire

NB : Transmettre cette demande au service **Administration de la santé**

**DEMANDE D'ANALYSES & D'ATTESTATIONS
SANITAIRES
AVANT CONCOURS – EXPERTISES - EXPOSITIONS**



Conserver les tubes pour analyse ADN éventuelle.

Mode d'entrée

Réception

Nom
Date & heure

Réception jour
 Camionnette

Poste
 Autres :