



Le Programme sur la  
maladie de Johne

## Certificat d'élimination des animaux

Ce formulaire est pour confirmer l'enlèvement ou l'élimination de vache (s) titrée (s) haut pour la maladie de Johne, identifiée (s) en testant le troupeau entier dans le cadre du Programme de l'Ontario sur la maladie de Johne. Ce formulaire doit être reçu par la coordinatrice du programme avant que les remboursements pour les tests puissent être traités et envoyés par courrier.

Remplissez ce certificat d'élimination des animaux, demandez à votre vétérinaire ou au ramasseur d'animaux morts de le signer et envoyez-le à la coordinatrice du Programme de l'Ontario sur la maladie de Johne (coordonnées ci-dessous).

**\*SI vous utilisez un service de collecte d'animaux morts pour l'élimination, laissez toutes les identifications (#INBL, #ACIB et étiquettes de gestion) sur l'animal jusqu'à ce que l'identification soit vérifiée et que ce formulaire soit rempli\***

*S.v.p., écrire en capitale de façon lisible lorsque vous remplissez les informations suivantes*

Propriétaire du troupeau : \_\_\_\_\_

# License de DFO : \_\_\_\_\_ # troupeau de DHI (si applicable): \_\_\_\_\_

Signature du propriétaire du troupeau: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Inclure toutes les identifications de l'animal comme demandé, s'il vous plait!)

Nom ou numéro d'étable de l'animal : \_\_\_\_\_

Numéro (s) de l'INBL ou de l'ACIB: \_\_\_\_\_

Date d'élimination : \_\_\_\_\_ Résultat du test : \_\_\_\_\_  
(doit être  $\geq 1,0$  pour avoir le paiement de 500 \$)

Méthode d'élimination (encerclez-en une):

Ramasseur Enterrer Composter Autre \_\_\_\_\_  
d'animaux morts

Nom du vétérinaire ou du ramasseur d'animaux morts: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Nicole Perkins**

**Programme de l'Ontario sur la maladie de Johne**

6484 Wellington Rd 7, Unit 10, Elora, ON, N0B 1S0

Téléphone : [226-979-1664](tel:226-979-1664), Courriel : [johnes@uoguelph.ca](mailto:johnes@uoguelph.ca), Télécopieur : 519-846-8178