

**Attestation de vaccination contre la maladie de Newcastle (ND) des gallinacés  
secteur du petit élevage familial**

VALABLE DU ...../...../..... AU ...../...../.....

Je soussigné·e Dr (nom)..... (numéro d'ordre).....  
(adresse) .....  
déclare par la présente, dans ma fonction de vétérinaire agréé·e, que  
les gallinacés repris sur cette attestation sont vaccinés par moi-même  
en date du ..... contre la maladie de Newcastle, au moyen  
du (cocher et remplir)



<input type="checkbox"/>	Vaccin inactivé injectable ND	(dénomination officielle).....
<input type="checkbox"/>	Vaccin inactivé combiné injectable	(dénomination officielle).....

Firme : ..... Lot n° : ..... Date Exp : .....

Je confirme que tous les animaux étaient en bonne santé au moment de la vaccination. La vaccination des animaux décrits ci-dessous est exécutée au domicile du propriétaire/éleveur :

(nom) : ..... (carte d'éleveur) : .....  
(rue + n°) : ..... (téléphone) : .....  
(code postal + commune) : .....

**DESCRIPTION DES GALLINACÉS VACCINÉS** (nombre total : .....) :

Races : A : ..... D : .....  
B : ..... E : .....  
C : ..... F : .....

	race	Numéro de bague	Année naiss.	M-F		race	Numéro de bague	Année naiss.	M-F		race	Numéro de bague	Année naiss.	M-F
1					11					21				
2					12					22				
3					13					23				
4					14					24				
5					15					25				
6					16					26				
7					17					27				
8					18					28				
9					19					29				
10					20					30				

Fait à : ..... Date : .....

Signature : ..... Cachet :

Autres animaux vaccinés ce jour au verso de cette attestation.