

- 4 OCT. 2021

DÉCLARATION D'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS EXERÇANT DES ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LES ANIMAUX DE COMPAGNIE D'ESPÈCES DOMESTIQUES

ARTICLES L214-6-1, L214-6-2, L214-6-3 ET R 214-28 DU CODE RURAL ET DE LA PÊCHE MARITIME

ARRÊTÉ DU 3 AVRIL 2014 FIXANT LES RÈGLES SANITAIRES ET DE PROTECTION ANIMALE AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE LES ACTIVITÉS LIÉES AUX ANIMAUX DE COMPAGNIE D'ESPÈCES DOMESTIQUES RELEVANT DU IV DE L'ARTICLE L214-6 DU CODE RURAL ET DE LA PÊCHE MARITIME.

A renvoyer à la direction départementale en charge de la protection des populations du département où est implanté l'établissement

Première déclaration

Actualisation

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

N° SIRET : 19102171811323000117

Raison sociale : Caninem Spiritus

Adresse de l'établissement : Le Plo

Complément d'adresse :

Code postal : 111230 Commune : Villefort

Exploitant de l'établissement

Nom : LEONASSEUR BONHOURÉ ; Prénom : Kassandra

Téléphone : | | | | | | | | | | ; 066811372681
Fixe mobile

Mél : caninem.spiritus@gmail.com

Personnel justifiant des connaissances requises par la réglementation (Le cas échéant compléter sur papier libre)

Nom, Prénom	Fonction et/ou attribution
LEONASSEUR BONHOURÉ Kassandra	Directrice de l'auto-entreprise

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Tout animal de compagnie d'espèces domestiques : Vente

Présentation au public

Chiens et chats :

Élevage Gestion d'une fourrière Gestion d'un refuge

Transit Garde / Pension Éducation Dressage

ESPÈCES ANIMALES HÉBERGÉES ET CAPACITÉ D'HÉBERGEMENT

(Le cas échéant compléter sur papier libre)

Espèces hébergées	Capacité d'hébergement maximale (obligatoire chiens, chats, furets et indicatif autres espèces)
Chiens	/
Chats	
Furets	
Lapins	
Rongeurs	
Oiseaux	
Poissons	
Autres préciser (facultatif) :	
-	
-	

DÉSIGNATION DU VÉTÉRINAIRE SANITAIRE

Nom : PALMAS ; Prénom : Olivier
 Adresse : 54 rue de l'olivette
 Code postal : 01950 | Commune : MIRCEUX

NB : L'engagement du vétérinaire doit être complété selon le modèle fourni en annexe et joint à la présente déclaration.

MENTIONS LÉGALES

La loi n°78-17 du 6 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.

ENGAGEMENTS ET SIGNATURE

- Je soussigné(e) : LEVAISSEUR BONHAUZE Kassandra
- certifie pouvoir représenter le déclarant dans le cadre de la présente formalité ;
 - certifie l'exactitude des informations fournies dans le présent formulaire ;
 - m'engage à signaler à la direction départementale en charge de la protection des populations toute modification significative d'un ou plusieurs éléments de la présente déclaration ;
 - reconnais être informé que conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 7 novembre 2001, toute information sanitaire enregistrée dans le système d'information de la Direction générale de l'alimentation (SIGAL) et relative à la généalogie, aux mouvements et à l'état de santé des animaux entretenus dans mon établissement ainsi qu'à la situation de mon établissement lui-même au regard des maladies réglementées et non réglementées, pourra être communiquée par les services de l'Etat au(x) vétérinaire(s) sanitaire(s) ci-dessus désigné(s).
 - être informé(e) de l'obligation de présenter lors des inspections des agents de la direction départementale en charge de la protection des populations
 - le plan d'ensemble* à jour de l'établissement (facultatif pour élevage chiens et chats de 3 reproductrices ou moins) ;
 - le registre des entrées et sorties des animaux ;
 - le registre sanitaire ;
 - l'un des justificatifs de connaissance mentionnés à l'article L. 214-6-1 pour les personnels cités à la page 1 du présent formulaire.

Fait le 11/01/2019

Signature : 

* : précisant la fonction des différents locaux et accompagné d'une notice de description des installations et équipements.



RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION

reledation
Date de réception : | 13 OCT 2021 |

Numéro d'enregistrement de l'autorité administrative :

La désignation du vétérinaire sanitaire est :

- accordée
 refusée pour le motif suivant :

La déclaration d'activité :

- votre déclaration est complète
 votre demande doit être complétée car le dossier ne comprend pas la (les) pièce(s) suivante(s)

Signature :

[Signature]
D^r *[Signature]* MATHIE
Chef du Service Vétérinaire





ANNEXE CONSENTEMENT DU VÉTÉRIINAIRE SANITAIRE DÉSIGNÉ PAR LE DÉCLARANT

ENGAGEMENT DU VÉTÉRIINAIRE SANITAIRE

Je soussigné(e) ,

Nom : PALMAS ; Prénom : Olivier ,

Docteur Vétérinaire, né(e) le 27/10/1983 à St Pierre ,

accepte d'être désigné vétérinaire sanitaire de l'établissement faisant l'objet de la présente déclaration.

Je certifie :

- Ne pas avoir d'intérêt financier dans l'établissement faisant l'objet de la présente déclaration ;
- Être en mesure d'assurer le bon exercice de mes missions dans des conditions techniques et des délais satisfaisants, y compris en cas d'urgence sanitaire ;

Signature et tampon du vétérinaire :

CLINIQUE VÉTÉRIINAIRE DE L'OLIVETTE
SCP PINET - PALMAS - ANDRAUD.
54, rue de l'olivette
09500 MIREPOIX
Tél. : 05 61 69 22 42.

