

**ATTESTATION DE TRAITEMENT INSECTICIDE A REMPLIR PAR LE DETENTEUR DU BOVIN**

Je soussigné, ....., éleveur à .....et détenteur des bovins ci-dessous :

N° (10 chiffres) .....	/N° (10 chiffres) .....
N° (10 chiffres) .....	/N° (10 chiffres) .....
N° (10 chiffres) .....	/N° (10 chiffres) .....
N° (10 chiffres) .....	/N° (10 chiffres) .....
N° (10 chiffres) .....	/N° (10 chiffres) .....

Certifie que le(s) bovin(s) ci-dessus (a)(ont) reçu un traitement insecticide avec un produit disposant d'une AMM pour cette indication le ....., soit au plus 15 jours avant la date du rassemblement pour lequel cette attestation est établie, et fournit les copies de l'ordonnance et de la facture du vétérinaire.

Fait à ....., le .....

*NOM, Prénom et signature du détenteur*

**ATTESTATION DE TRAITEMENT INSECTICIDE A REMPLIR PAR LE DETENTEUR DE L'OVIN**

Je soussigné, ....., éleveur à .....et détenteur des ovins ci-dessous :

N° .....	/N° .....
N° .....	/N° .....
N° .....	/N° .....
N° .....	/N° .....
N° .....	/N° .....

Certifie que le(s) ovin(s) ci-dessus (a)(ont) reçu un traitement insecticide avec un produit disposant d'une AMM pour cette indication le ....., soit au plus 15 jours avant la date du rassemblement pour lequel cette attestation est établie, et fournit les copies de l'ordonnance et de la facture du vétérinaire.

Fait à ....., le .....

*NOM, Prénom et signature du détenteur*