FORMULAIRE 9 RAPPORT TRIMESTRIEL DE DECES A LA FERME
PROGRAMME DE CERTIFICATION DES TROUPEAUX POUR LA MALADIE DÉBILITANTE CHRONIQUE

Nom de l'exploitation : _____

Prénom : _____ **Nom de famille :** _____

Date de présentation du formulaire : _____

Le formulaire doit être rempli et présenté à la fin de chaque trimestre (31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre). Veuillez l'envoyer par courriel à l'adresse cwd@cansheep.ca ou par télécopieur au numéro 613-652-1599.

Numéro d'identification de l'animal	Date du décès	Date de naissance	Sexe de l'animal

(Rev 07/2020)