



CERTIFICAT DE SANTÉ DU POISSON
Oeufs Seulement Oeufs et Poissons

Nom de l'installation/la source : _____
Adresse : _____
N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____ Courriel : _____

Je, _____, inspecteur sanitaire des poissons accrédité en vertu du *Règlement sur la protection de la santé des poissons*, C.R.C., ch.812, déclare que la source nommée ci-dessous a été inspectée selon les méthodes approuvées par le ministre de Pêches et Océans Canada et que l'état pathologique qui suit a été déterminé, tel qu'il est prescrit dans ledit Règlement.

<u>Agent pathogène</u>	<u>Décelé</u>	<u>Non décelé</u>	<u>Non analysé</u>
Virus de la septicémie hémorragique virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus de la nécrose hématopoïétique infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus de la nécrose pancréatique infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre agent de réplication filtrable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aeromonas salmonicida</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Yersinia ruckeri</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Myxobolus cerebralis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ceratomyxa shasta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes : _____

Dates des quatre dernières inspections : (utilisez la notation J/M/A)

Date de délivrance Signature et adresse postale de l'inspecteur N° de téléphone/ N° de télécopieur

Le présent certificat expire le jour où l'état pathologique change ou le _____, (J/M/A) selon la première des deux éventualités.

DÉCLARATION D'EXPORTATION

Je, _____, propriétaire directeur de l'installation susmentionnée dont la dernière inspection remonte au _____ (J/M/A) déclare que, à ma connaissance, aucun agent pathogène énuméré à l'annexe II du *Règlement sur la protection de la santé des poissons* (RPSP), qui modifierait l'état pathologique décrit ci-dessus, n'a été décelé dans cette installation depuis la dernière inspection, conformément aux procédures exposées dans le *Guide de procédures* du RPSP, qu'aucun poisson ou ouf de poisson provenant d'une source qui modifierait cet état pathologique n'a été introduit dans cette installation, que l'envoi décrit ci-dessous proviendra uniquement de l'installation en question et que les oeufs expédiés subiront une désinfection en surface avant de quitter la source.

Je, _____, expéditeur d'oeufs obtenus de géniteurs sauvages, déclare que les oeufs subiront une désinfection en surface et qu'ils proviendront uniquement de la source inspectée.

L'envoi se compose de :

_____ kg Vivants Oeufs Espèce : _____
_____ Nombre Morts Poissons Espèce : _____

Date Signature et adresse du propriétaire, du directeur ou de l'expéditeur N° de téléphone

RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPORTATION

Ville et pays d'origine _____ Transporteur _____
N° de connaissance _____ Date _____
Port d'entrée prévu au Canada (ville et province) : _____ Date _____

Date (J/M/A) Signature et adresse de l'importateur N° de téléphone

