



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'EXPLOITANT**  
*À remplir par l'exploitant ou l'exploitante (en lettres majuscules)*

Je soussigné ou soussignée, \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse de correspondance : \_\_\_\_\_

Adresse(s) du troupeau :

N° 1 : \_\_\_\_\_

N°2 : \_\_\_\_\_

Cervidés (espèce) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**Section 1-ENGAGEMENT DE L'EXPLOITANT OU DE L'EXPLOITANTE**

Étant dûment autorisé ou autorisée à agir pour et au nom de l'exploitation ci-haut mentionnée, je demande de m'inscrire volontairement au Programme de certification relatif à la maladie débilante chronique chez les cervidés ci-après dénommé programme.

Je déclare

- qu'aucun de mes animaux n'est soupçonné d'être atteint de la maladie débilante chronique des cervidés (MDC)
- avoir pris connaissance du programme
- reconnaître expressément que le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), dans son analyse et sa décision d'accorder ou de refuser l'aide technique prévue au programme, n'encourt envers le bénéficiaire, et toute personne s'étant liée par contrat avec lui pour toute transaction ayant pour objet des cervidés visés par le programme, aucune responsabilité relative à la conception du programme et, aux moyens choisis pour le mettre en œuvre et aux conséquences qui découlent de son exécution
- comprendre que toutes les activités prévues au programme ne sont pas couvertes par le programme d'amélioration de la santé animale (ASAQ) du MAPAQ.

Je m'engage

- à respecter toutes les exigences du programme et à suivre les recommandations du MAPAQ
- à tenir indemne le MAPAQ de toute réclamation découlant directement ou indirectement du programme.

Et je joins à la présente demande

- un registre détaillé faisant l'inventaire de tous les cervidés de mon troupeau et dont chacune des pages portent les initiales du médecin vétérinaire ayant fait l'inventaire
- une description et un dessin de toutes les installations, y compris une description officielle de tous les emplacements où se trouveront les animaux du troupeau, y compris les installations utilisées pour la manipulation des animaux et les pâturages.

Et je signe \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature de l'exploitant ou de l'exploitante) (endroit) (date)

## Section 2- DESIGNATION

### ➔ EXPLOITANT-EXPLOITANTE

Je désigne \_\_\_\_\_  
(en lettres majuscules) \_\_\_\_\_ comme médecin vétérinaire responsable de superviser mon troupeau inscrit au programme. Seul ce médecin vétérinaire ou son remplaçant pourra examiner ou traiter les animaux du troupeau.

Et je signe \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature de l'exploitant ou de l'exploitante) (endroit) (date)

Coordonnées du médecin vétérinaire désigné :

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Accréditation ACIA No.Enr: \_\_\_\_\_ FIN (J/M/A) \_\_\_\_\_

### ➔ MÉDECIN VÉTÉRINAIRE QUI A FAIT L'INVENTAIRE (peut être différent du médecin vétérinaire désigné dans le cadre d'une première inscription au programme)

Je déclare avoir inventorié les cervidés de cette entreprise le \_\_\_\_\_, qu'ils sont tous identifiés tel que décrit dans le registre et confirme qu'aucun d'eux ne présente de signes de la maladie débilitante chronique des cervidés.

Et je signe \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature du médecin vétérinaire) (endroit) (date)

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

## Section 3 – CONSENTEMENT 1

*Cette section du formulaire d'inscription doit être complétée chaque année lors de la demande de changement de catégorie auprès du responsable du MAPAQ en région.*

Je soussigné \_\_\_\_\_, à titre d'exploitant de cervidés, ayant adhéré  
(nom)  
volontairement au Programme de certification relatif à la maladie débilante chronique chez les cervidés, consent à ce que le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ou son représentant en matière d'accès à l'information, communique par voie électronique, un répertoire numérisé ou autre document comprenant, mon nom, le nom de mon exploitation, mes coordonnées, la date de mon inscription au programme, les espèces de cervidés incluses dans mon exploitation ainsi que le statut de certification du troupeau de cervidés inscrits au programme.

Le présent consentement est valable pour une durée du certificat de certification émis par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), soit pour quinze (15) mois. Je peux cependant y mettre fin en tout temps par avis écrit adressé au ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ou à son représentant en matière d'accès à l'information.

Et je signe \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature de l'exploitant ou de l'exploitante) (endroit) (date)

## Section 4 – CONSENTEMENT 2

*Cette section du formulaire d'inscription doit être complétée chaque année lors de la demande de changement de catégorie auprès du responsable du MAPAQ en région.*

Je soussigné \_\_\_\_\_, à titre d'exploitant de cervidés, ayant adhéré  
(nom)  
volontairement au Programme de certification relatif à la maladie débilitante chronique chez les cervidés, consent à ce que le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ou son représentant en matière d'accès à l'information, communique aux ministères et organismes provinciaux et fédéraux de l'Environnement, de la Santé et des Services sociaux, de la Faune et à Agri-Traçabilité Québec (ATQ), les renseignements pouvant identifier mon exploitation, mes animaux et ceux relatifs à la certification du troupeau de cervidés de mon exploitation inscrits au programme.

Le présent consentement est valable pour la durée du certificat de certification émis par le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), soit pour quinze (15) mois. Je peux cependant y mettre fin en tout temps par avis écrit adressé au ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ou à son représentant en matière d'accès à l'information.

Et je signe \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature de l'exploitant ou de l'exploitante) (endroit) (date)

### Section 5 – CONSENTEMENT 3

*Cette section du formulaire d'inscription doit être complétée chaque année lors de la demande de changement de catégorie auprès du responsable du MAPAQ en région.*

Je soussigné \_\_\_\_\_, à titre d'exploitant de cervidés, ayant adhéré  
(nom)  
volontairement au Programme de certification relatif à la maladie débilitante chronique chez les cervidés, reconnaît expressément que l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) agissant comme administrateur national dans le cadre du Programme, n'encourt envers le bénéficiaire et un tiers s'étant lié avec le bénéficiaire aucune responsabilité relative à la conception du projet, aux moyens choisis pour le mettre en œuvre et aux conséquences qui découlent de son exécution. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à tenir indemne le l'ACIA de toute réclamation reliée directement ou indirectement à l'objet du programme.

Le présent consentement est valable pour la durée du certificat de certification émis par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), soit pour quinze (15) mois. Je peux cependant y mettre fin en tout temps par avis écrit adressé au ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ou à son représentant en matière d'accès à l'information.

Et je signe \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature de l'exploitant ou de l'exploitante) (endroit) (date)

## Avis

Le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation vous informe que les renseignements recueillis sur le présent formulaire seront traités conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-21) « Loi sur l'accès ».

Tout renseignement confidentiel ne sera divulgué que si vous avez signé un consentement à cet effet. Toutefois, il est possible que ce type de renseignement soit utilisé à des fins de recherche, d'évaluation ou d'enquête. Le cas échéant, ils le seront dans le plus grand respect de la Loi sur l'accès.

Le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation vous informe également qu'en vertu de la Loi sur l'accès, vous pouvez vous prévaloir de vos droits d'accès et de rectification concernant tout renseignement personnel vous concernant et versé dans un fichier de renseignements personnels du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, en vous adressant à l'un des bureaux du ministère.