

**APPLICATION FOR PERMIT TO
OPERATE A HATCHERY**
under *Health of Animals Act*

**DEMANDE DE PERMIS POUR
OPÉRER UN COUVOIR**
sous la *Loi sur la santé des animaux*

The information you provide on this document is collected by (for) the Canadian Food Inspection Agency under the authority of *Health of Animals Act* for the purpose of issuing a permit. Information may be accessible or protected as required under the provisions of the *Access to Information Act*.

Les renseignements que vous fournissez dans le présent document sont recueillis par (pour) l'Agence canadienne d'inspection des aliments en vertu de la *Loi sur la santé des animaux* afin d'émettre un permis. Les renseignements peuvent être accessibles ou protégés selon ce que prescrit la *Loi sur l'accès à l'information*.

Reason for application / Raison de la demande <input type="checkbox"/> New / Nouvelle <input type="checkbox"/> Renewal / Renouvellement <input type="checkbox"/> Revision / Révision	Existing permit no. assigned (if applicable) / N° de permis existant (le cas échéant)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Poultry Species Incubated / Espèces de volaille incubées <input type="checkbox"/> Chicken / Poulet <input type="checkbox"/> Turkey / Dindon <input type="checkbox"/> Duck / Canard <input type="checkbox"/> Goose / Oie <input type="checkbox"/> Pheasant / Faisant <input type="checkbox"/> Partridge / Perdrix <input type="checkbox"/> Quail / Caille <input type="checkbox"/> Grouse / Tétras <input type="checkbox"/> Guinea Fowl / Pintade <input type="checkbox"/> Peafowl / Paon

Chicks Hatched per Week / Poussins éclos par semaine <input type="checkbox"/> If 0 Specify / Si 0 Préciser <input type="checkbox"/> Embryonated eggs / Oeufs embryonnés Or / Ou <input type="checkbox"/> Vaccine Production / Production de vaccins	<input type="checkbox"/> 1 - 300,000 <input type="checkbox"/> 300,001 - 800,000 <input type="checkbox"/> > 800,000
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Legal status of business / Statut de l'entreprise <input type="checkbox"/> Corporation or limited company / Corporation ou société limitée <input type="checkbox"/> Partnership / Société de personnes <input type="checkbox"/> Individual / Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Co-operative / Coopérative

Under the name of / Dénomination <hr/> Carrying on business as / Connu sous le nom de <hr/> Legal Address / Désignation cadastrale <hr/> <hr/> Postal Code / Code postal <hr/>

A copy of provincial or municipal authorization to operate as a business must be attached together with letter of incorporation, if applicable.

Une copie d'une autorisation d'exploiter votre entreprise émise par un gouvernement provincial ou d'une municipalité doit accompagner votre demande ainsi qu'une copie des documents d'incorporation si applicable.

Names and titles of all owners and/or partners of the hatchery. Noms et titres de tous les propriétaires et/ou associés du couvoir.	Name and address including postal code of hatchery (please print) Nom et adresse incluant le code postal du couvoir (en lettres moulées)
	Postal Code / Code postal
	Telephone / Téléphone Fax (if applicable) / Télécopieur (le cas échéant)

I, the undersigned, certify that the foregoing information and that in the attached annex(es) is, to the best of my knowledge, true and correct. Further, I hereby consent to the disclosure of the name, address, telephone number, designated code and the registration number of the hatchery.

Je, soussigné atteste que les renseignements donnés ci-dessus et ci-joints sont au meilleur de mes connaissances, vrais et exacts. Je consens à ce que soient divulgués le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, les codes désignés et le numéro de permis du couvoir.

_____ Signature	_____ Title or Official Capacity / Titre ou fonctions officielles	_____ Date
--------------------	----------------------------------------------------------------------	---------------