



**Déclaration de la vaccination de pigeons contre
la maladie de Newcastle (paramyxovirose)**

**application de l'arrêté royal du 28 novembre 1994 portant des mesures de police sanitaire
relatives à l'influenza aviaire et à la maladie de Newcastle**

Je soussigné _____ (nom et prénom)

domicilié à _____ (adresse, code postal et commune)

déclare être propriétaire/détenteur de _____ (nombre)

pigeons voyageurs, détenus à _____ (adresse)

à _____ (code postal et commune)

numéro de licence _____

En outre, je déclare avoir présenté, en vue de la vaccination, les pigeons avec les numéros de bague suivants le _____ (date)

au vétérinaire _____ (nom et prénom)

domicilié à _____ (adresse)

| Numéros de bague | Numéros de bague | Numéros de bague | Numéros de bague |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 01 | 21 | 41 | 61 |
| 02 | 22 | 42 | 62 |
| 03 | 23 | 43 | 63 |
| 04 | 24 | 44 | 64 |
| 05 | 25 | 45 | 65 |
| 06 | 26 | 46 | 66 |
| 07 | 27 | 47 | 67 |
| 08 | 28 | 48 | 68 |
| 09 | 29 | 49 | 69 |
| 10 | 30 | 50 | 70 |
| 11 | 31 | 51 | 71 |
| 12 | 32 | 52 | 72 |
| 13 | 33 | 53 | 73 |
| 14 | 34 | 54 | 74 |
| 15 | 35 | 55 | 75 |
| 16 | 36 | 56 | 76 |
| 17 | 37 | 57 | 77 |
| 18 | 38 | 58 | 78 |
| 19 | 39 | 59 | 79 |
| 20 | 40 | 60 | 80 |

blanc: amateur - jaune: société - rose: vétérinaire

J'atteste que tous les pigeons voyageurs repris sur cette liste ne participeront pas, endéans les 3 semaines, à des concours, des expositions ou à tout autre rassemblement de pigeons.

Date: _____ Signature du propriétaire/détenteur _____

Certificat n° (*): _____ (*) rôle linguistique, n° à l'Ordre et numéro de série

(O=néerlandophone / I=francophone)

Je soussigné _____ (nom et prénom)

domicilié à _____ (adresse, code postal et commune)

vétérinaire agréé, déclare avoir vacciné les _____ (nombre) pigeons voyageurs susvisés

contre la maladie de Newcastle (Paramyxovirose) le _____ (date),

au moyen du vaccin enregistré pour pigeons:

nom: _____

titulaire de l'enregistrement _____ n° du lot: _____

conformément à la notice du vaccin concerné.

Date: _____ Signature et cachet du vétérinaire _____