

CERTIFICAT ATTESTANT DE L'HISTORIQUE DU TROUPEAU DE POULETTES

Nom de l'éleveur de poulettes _____ Nombre de poulettes _____

Système de logement pour l'installation d'élevage _____

(Ex. : cages conventionnelles, liberté/libre parcours sur parquet,
liberté/libre parcours en volière

Producteur d'œufs _____ Date de livraison _____

* À compléter par le fournisseur de poulettes *

Je, soussigné, fournisseur de poulettes (poules pondeuses), certifie par la présente que je participe au Programme de salubrité des aliments à la ferme fondé sur l'HACCP et intitulé Propreté d'abord – Propreté toujours^{MC} (poulettes) des Producteurs d'œufs du Canada, en collaboration avec le producteur d'œufs. Les poulettes couvertes par ce certificat ont été élevées conformément au Programme de dépistage de la *Salmonelle* de l'office provincial.

Nous ne fournissons pas sciemment de poulettes qui sont ou qui ont été contaminées par la bactérie de *Salmonelle enteritidis* (SE) ou des résidus de produits pharmaceutiques. Au meilleur de notre connaissance, ces poussins/poulettes ont été élevé(e)s dans un environnement libre de SE et nous confirmons qu'aucun antibiotique de catégorie I n'a été administré.

Un test de dépistage de SE a été effectué aux dates indiquées dans la lettre annexée.

Statut Propreté d'abord-Propreté toujours

Date du dernier audit _____

Note _____

Historique du troupeau

Couvoir _____ Date d'éclosion _____
(aaaa-mm-jj)

Couvoir _____ Date d'éclosion _____
(aaaa-mm-jj)

Veillez cocher l'une des cases ci-dessous concernant l'énoncé suivant : *Les poussins pour ce troupeau ont été achetés auprès d'un couvoir accrédité dans le cadre du programme de bien-être animal de la Fédération canadienne des couvoirs, ou un programme américain équivalent (dossiers / lettre d'assurance fournis sur demande).*

- Oui
 Non

Dossier de vaccination

Date	_____	Vaccin	_____
Date	_____	Vaccin	_____
Date	_____	Vaccin	_____
Date	_____	Vaccin	_____
Date	_____	Vaccin	_____
Date	_____	Vaccin	_____
Date	_____	Vaccin	_____

Traitement du bec

Méthode utilisée (infrarouge ou lame chaude) : _____

Date du traitement : _____

Âge au traitement : _____

Lieu où le processus a été effectué (couvoir ou à la ferme) : _____

Je confirme que les énoncés suivants sont véridiques (dossiers / lettre d'assurance fournis sur demande) :

- Le traitement ou le rognage du bec a été effectué avant l'âge de 10 jours par des gens compétents qui ont appliqué les méthodes approuvées de l'industrie (infrarouge ou lame chaude) de sorte à minimiser l'inconfort des oiseaux et à l'aide d'équipement bien entretenu.
- Durant le processus, la coupe ne doit pas dépasser plus du tiers du bec supérieur en mesurant de la pointe du bec jusqu'aux narines.
- Si le rognage du bec a été effectué, le producteur ou un représentant désigné compétent était présent tout au cours du processus.
- Le traitement du bec ne doit pas être effectué sur des oiseaux plus vieux que 10 jours à moins que cela ne soit considéré nécessaire pour des raisons urgentes de bien-être, une fois que toutes les autres mesures de contrôle de cannibalisme ont été épuisées. Si le traitement du bec a eu lieu après l'âge de 10 jours à l'installation d'élevage de poulettes, il a été effectué en consultation et sous surveillance vétérinaire.

Oui

Non

Si les poulettes ont été élevées dans un système en liberté/libre parcours, veuillez cocher l'une des cases suivantes concernant l'énoncé suivant : Le troupeau avait accès à des perchoirs.

Oui

Non

Je confirme que les Lignes directrices sur la manipulation, la capture et le chargement des poulettes et pondeuses ont été respectées par tous les membres du personnel responsables de manipuler, capturer et de charger les poulettes durant leur retrait de l'installation d'élevage de poulettes.

Signature _____

Fournisseur de poulettes/Propriétaire/Éleveur

N° du contingent de poulettes EP-_____

* Ce certificat doit être remis au producteur d'œufs lorsque les poulettes sont transférées au poulailler de ponte.