

FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DU GRAND GIBIER

CIRCUIT DES CARCASSES EN PEAU

Une seule fiche par espèce, par date de chasse et par destinataire

Les carcasses doivent être rapidement mises au froid positif et conservées entre 0° C et +7° C tout au long de leurs mouvements.



A DETENTEUR INITIAL DU GIBIER <i>(Chasseur, association de chasse, structure professionnelle de chasse ...)</i>	B CENTRE DE COLLECTE	C COLLECTEUR PROFESSIONNEL <i>uniquement à destination d'un atelier de traitement</i>	D DESTINATION FINALE DU GIBIER
NOM : _____ Prénom : _____ Tél. : _____ Mail : _____ Signature: _____	NOM (responsable): _____ Adresse : _____ Tél. : _____ N° attribué par DD(ec)PP : _____ Date de réception de la carcasse : __ / __ / __ Signature: _____	NOM (entreprise) : _____ Adresse : _____ Tél. : _____ N° attribué par DD(ec)PP : _____ Date de réception de la carcasse : __ / __ / __ Signature: _____	NOM : _____ Adresse : _____ Tél. : _____ <input type="checkbox"/> Atelier de traitement <input type="checkbox"/> Commerce de détail <input type="checkbox"/> Cession à un consommateur final <input type="checkbox"/> Repas de chasse, associatifs

EXAMEN INITIAL DES CARCASSES EN PEAU ET DES ABATS (tube digestif, abats rouges, tête...).

Commune de mise à mort : _____ CP _____ Date de mise à mort : __ / __ / __

Espèce : Sanglier Cerf Chevreuil Autres (préciser : _____)

RECHERCHE TRICHINE

Sangliers pour commerce de détail et repas de chasse ou repas associatif

A remplir par le détenteur initial

Laboratoire agréé	Prélèvements
Nom : _____ Adresse : _____	Site de prélèvement : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Membre antérieur

A remplir par le laboratoire

Résultats

(à retourner au détenteur du gibier (A))

Prélèvement(s) arrivé(s) le : __ / __ / __
 Résultat émis le : __ / __ / __
 Absence de larves de trichine pour tous les échantillons
 Présence de larves de trichine pour (N° identification): _____
 Signature: _____

Identification	Sexe (M/F)	Heure de mise à mort	Eviscération		Absence d'anomalie	Si anomalie, organes concernés					Commentaires <i>Description de l'anomalie (envoi de photos possible)</i>
			Heure	Lieu		Tête/Carcasse	Cœur/Poumon	Foie/Rate	Estomac/Intestins	Reins	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N°		__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/> Lieu de chasse <input type="checkbox"/> Local de chasse <input type="checkbox"/> Centre de collecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXAMINATEUR INITIAL	NOM : _____ N° d'attestation : _____	Mail : _____ Tél : _____	Date: __ / __ / __ Heure : __ : __	Je certifie que les carcasses en peau examinées peuvent être mises sur le marché (sous réserve des résultats trichine négatifs) Signature: _____
----------------------------	---	-----------------------------	---------------------------------------	---