

CERTIFICAT SANITAIRE POUR L'EXPORTATION DE CHIENS ET DE CHATS DOMESTIQUES DE LA FRANCE VERS LA POLYNESIE FRANCAISE VOYAGEANT PAR VOL COMMERCIAL

Liberté Égalité Fraternité

1. Certificat N°:	rgement			
. Certificatin .		2. Permis d'import N° :	2. Permis d'import N° :	
3. Autorité compétente : AUTORITE VETERINAIRE FRANCAISE		4. Services vétérinaires de :		
5. Pays d'expédition (Code ISO) : FRANCE (FR)		6. Pays de destination (Code ISO) : POLYNESIE FRANCAISE (PF)		
				. Provenance de l'anim
lom et adresse du prop	oriétaire/exportateur :			
7.1. Départ depui	s l'adresse indiquée ci-dess	us:		
		,		
OU 7.2. Nom et adres	sse de la station de quarant	aine de provenance des animaux :		
7.2. Hom of darec	soo do la station do qual anti-	and do provending dec arimidad.		
3. Destination de l'anima	al·			
lom, adresse et télépho				
•				
). Transport :				
·	d'embarquement :			
9.1. Date et lieu d	•			
·	•	du		
9.1. Date et lieu d	du vol : n°	du		
9.1. Date et lieu d 9.2. Identification B) Identification de l'ai	du vol : n°	du		
9.1. Date et lieu d 9.2. Identification B) Identification de l'ai 10. Description	du vol : n°			
9.1. Date et lieu d 9.2. Identification B) Identification de l'ai	du vol : n°		'identification	
9.1. Date et lieu d 9.2. Identification B) Identification de l'au 10. Description	du vol : n°		'identification	
9.2. Identification B) Identification de l'au 10. Description	du vol : n°		'identification	

PF_AMC1_AOU_21 Page 1/4

PARTIE II: INFORMATIONS SANITAIRES

Je soussigné, vétérinaire officiel des services vétérinaires français, certifie que l'animal décrit dans la partie I :

- 1. Dans les 30 jours précédant son chargement vers la Polynésie française :
 - 1.1.a subi deux traitements contre les parasites internes à l'aide d'un anthelminthique efficace contre les nématodes et les cestodes (notamment contre les ténias échinocoques). Le second traitement a été effectué à au moins 14 jours d'intervalle du premier et dans les 4 jours précédant le chargement;

Nom du principe actif : Date du 1^{er} traitement :

• Nom du principe actif : Date du 2nd traitement :

1.2. a subi deux traitements contre les parasites externes à l'aide d'un antiparasitaire efficace contre les tiques et les puces, le premier dans les 30 jours précédant son départ vers la Polynésie française, le second étant effectué à au moins 14 jours d'intervalle du premier et dans un délai de 4 jours précédant le chargement ;

Nom du principe actif : Date du 1^{er} traitement :

Nom du principe actif : Date du 2nd traitement :

Une copie des attestations de traitements antiparasitaires devra être jointe au certificat.

- 2. Pour un chien:
 - **2.1.** a été soumis à un test de dépistage de la leishmaniose (*Leishmania infantum*) par immunofluorescence indirecte ou ELISA sur un prélèvement de sang réalisé dans les 30 jours précédant le départ avec un résultat négatif. Une photocopie du rapport d'analyse est jointe au présent certificat ;
 - Date du test : Résultat :

OU

2.2. a été correctement vacciné contre la leishmaniose et a été soumis à un test de dépistage de la maladie permettant de différencier les anticorps induits par la vaccination de ceux induits par l'infection naturelle sur un prélèvement de sang réalisé dans les 30 jours précédant le départ avec un résultat négatif ;

N° de lot et date de péremption du vaccin :
 Date du vaccin :

N° de lot et date de péremption du vaccin : Date du vaccin :

N° de lot et date de péremption du vaccin :
 Date du vaccin :

Nom du test : Date : Résultat :

- 3. L'animal (chien/chat) a été :
 - 3.1. vacciné ou revacciné contre la rage selon les recommandations du fabricant avec un vaccin ayant été préparé et utilisé selon les normes fixées par le Manuel terrestre du code de l'OIE, la vaccination ayant été effectuée sur l'animal âgé de 3 mois au moins et étant en cours de validité durant les six mois précédant le chargement,

N° de lot du vaccin :
 Date du vaccin :

Dates de validité du dernier vaccin : du
 au

PF AMC1 AOU 21 Page 2/4

	s avant son chargement, à une épreuve de titrage des un laboratoire officiel d'analyse agréé selon les normes s'est révélé positif avec au moins 0,5 unité internationale					
Résultat :	Date du test :					
 Une photocopie du certificat de vaccination antirabique et du rapport d'analyse du titrage des anticorps neutralisant le virus rabique sont joints au présent certificat, le numéro d'identification de l'animal y ayant été reporté par le vétérinaire vaccinateur et le laboratoire. 4. Pour une femelle non stérilisée : a subi un examen confirmant qu'elle n'est pas en état de gestation de plus de 42 jours. 						
PARTIE III : SIGNATURE						
Statut officiel de l'agent certificateur : VETERINAIRE OFFICIEL	4. Cachet officiel :					

2. Lieu et date :

3. Nom (tampon personnel) et signature du vétérinaire officiel :

PF_AMC1_AOU_21 Page 3/4

PARTIE IV – DECLARATION DU VETERINAIRE SANITAIRE POUR L'EXPORTATION DE CHIENS ET DE CHATS DOMESTIQUES DE LA FRANCE VERS LA POLYNESIE FRANCAISE

Je s	oussigné,	, vétérinai	re sanitaire, certifie que l	'animal décrit dans la partie A :		
1.	n'a présenté aucun signe c	linique de rage le jour d	u chargement ;			
2.	a subi, après le second traitement antiparasitaire prévu au point 1.2 de la Partie II, à l'aéroport de départ d dans une station de quarantaine, l'animal y étant isolé jusqu'au chargement, un examen clinique approfon ncluant un examen approfondi du pelage dont les oreilles, les espaces interdigités et la région péri-anale ET					
	•	ucun signe de maladie tra ucun parasite externe vis apte à voyager.				
3.	a été placé :					
	d'alimentation respectant se	on inviolabilité contenan et traités contre les arth	nt exclusivement un alime propodes vecteurs de mal	d'un dispositif d'abreuvement ent de type industriel et des obje adies animales, propre et exemp	ts	
	N° du scellé :		Date et heure du sce	ellé :		
ου						
	d'abreuvement et d'alimen	quarantaine, dans une itation respectant son i ufs ou ayant été nettoye	cage répondant aux no inviolabilité contenant ex és et traités contre les a	ormes IATA, dotée d'un disposi xclusivement un aliment de typ arthropodes vecteurs de maladie et scellée avec le numéro :	эе	
	N° du scellé :		Date et heure du sc	ellé :		
Si	gné à :	le :				
	VETERINAIRE	SANITAIRE	CACHET			
Ar	om en lettres capitales : rêté préfectoral portant nomi d'enregistrement au Tablea			du		
Nk	o : la signature et le cachet d	oivent être d'une couleu	r différente de celle de l'il	mprimé.		
U				Direction Départementale e du certificat sanitaire	n	

PF_AMC1_AOU_21 Page 4/4

après complétude.