



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT**  
**A renvoyer à la Direction Départementale de la Protection des Populations de la Sarthe**  
**(domicile professionnel administratif)**

**■ Demande initiale d'habilitation sanitaire**

**I. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :**

Nom : .....  
 Prénom (s) : .....  
 Date de naissance : .....  
 N° d'Ordre (1) : .....  
 Adresse électronique : .....

Domicile professionnel administratif :  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 N° SIRET : .....  
 Adresse électronique : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Télécopie : .....

*(1) Joindre la copie d'une attestation d'inscription à l'Ordre des vétérinaires en cours de validité ou l'attestation de déclaration auprès de même Ordre pour les vétérinaires exerçant en libre prestation de service.*

**II. IDENTIFICATION DES LIEUX D'EXERCICE VÉTÉRINAIRE (domiciles professionnels d'exercice - DPE) et DES REMPLACANTS ET ASSISTANTS :**

Si vous exercez dans plus de deux DPE, merci de fournir leurs coordonnées ainsi que celles des éventuels remplaçants et assistants sur papier libre.

Dénomination : .....	Dénomination : .....
N°SIRET : .....	N°SIRET : .....
N° Ordre : .....	N° Ordre : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
CP : ..... Commune : .....	CP : ..... Commune : .....
Adresse électronique: .....	Adresse électronique: .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Télécopie : .....	Télécopie : .....

**REEMPLACANTS :**

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 N°Ordre : .....  
 Domicile professionnel administratif :  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Commune : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Exerce dans le même DPE : oui non

**REEMPLACANTS :**

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 N°Ordre : .....  
 Domicile professionnel administratif :  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Commune : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Exerce dans le même DPE : oui non

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 N°Ordre : .....  
 Domicile professionnel administratif :  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Commune : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Exerce dans le même DPE : oui non

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 N°Ordre : .....  
 Domicile professionnel administratif :  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Commune : .....  
 Téléphone fixe : .....  
 Téléphone mobile : .....  
 Exerce dans le même DPE : oui non

**ASSISTANTS (2) :**

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Ecole de provenance : .....

*(2) Les assistants doivent être déclarés par ailleurs à la DDPP avec copie de leur déclaration à l'Ordre des vétérinaires et déclaration de la période d'assistance*

**ASSISTANTS (2) :**

Nom : .....  
 Prénom(s) : .....  
 Ecole de provenance : .....

*(2) Les assistants doivent être déclarés par ailleurs à la DDPP avec copie de leur déclaration à l'Ordre des vétérinaires et déclaration de la période d'assistance*



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**III. MODALITES D'EXERCICE :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Établi en France    | <input type="checkbox"/> Exercice en libre prestation de service |
| <input type="checkbox"/> Exercice libéral    | <input type="checkbox"/> Salaré                                  |
| <input type="checkbox"/> Exercice individuel | <input type="checkbox"/> Exercice en association                 |

**IV. DECLARATION D'ACTIVITES :**Activités majeures :

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Animaux de compagnie  | <input type="checkbox"/> |
| Ruminants             | <input type="checkbox"/> |
| Equins                | <input type="checkbox"/> |
| Suidés                | <input type="checkbox"/> |
| Volailles             | <input type="checkbox"/> |
| Lagomorphes           | <input type="checkbox"/> |
| Apiculture            | <input type="checkbox"/> |
| Aquaculture           | <input type="checkbox"/> |
| Faune sauvage captive | <input type="checkbox"/> |

Activités mineures :

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Animaux de compagnie  | <input type="checkbox"/> |
| Ruminants             | <input type="checkbox"/> |
| Equins                | <input type="checkbox"/> |
| Suidés                | <input type="checkbox"/> |
| Volailles             | <input type="checkbox"/> |
| Lagomorphes           | <input type="checkbox"/> |
| Apiculture            | <input type="checkbox"/> |
| Aquaculture           | <input type="checkbox"/> |
| Faune sauvage captive | <input type="checkbox"/> |

**V. AIRE GEOGRAPHIQUE D'EXERCICE :**

- Habilitation sanitaire classique : - département :.....  
 - département :.....  
 - département :.....  
 - département :.....  
 - département :.....

- Habilitation sanitaire spécialisée (exercice national)

**VI. ENGAGEMENT :**

Je soussigné(e) ....., Docteur Vétérinaire,

sollicite l'attribution de l'habilitation sanitaire pour exécuter dans l'ensemble des départements déclarés ci-dessus les missions dédiées aux vétérinaires sanitaires en application de l'article L. 203-1 du code rural et de la pêche maritime.

Je m'engage à :

- respecter les obligations relatives aux conditions d'exercice de l'habilitation sanitaire mentionnées notamment aux articles L. 203-6, L. 223-5, R. 203-2, R. 203-7, R.203-11 à R.203-13, R.223-13 ;
- respecter les prescriptions techniques, administratives et le cas échéant financières édictées par le Ministre chargé de l'Agriculture et ses représentants pour l'exécution des opérations réalisées dans le cadre de mon habilitation sanitaire ;
- concourir à la demande de l'autorité administrative, à l'exécution des opérations de police sanitaire mentionnées au I de l'article L. 203-8 concernant les animaux pour lesquels j'ai été désigné comme vétérinaire sanitaire ;
- tenir à jour les connaissances nécessaires à l'exercice de mon habilitation.
- à rendre compte au Directeur départemental en charge de la protection des populations de l'exécution de mes missions et des difficultés que je pourrais éventuellement rencontrer lors de leur exécution.

Je joins à ma demande une copie de mon inscription au tableau de l'Ordre en cours de validité, délivrée par le Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pays de la Loire ~~et une copie des documents permettant d'attester que je satisfais à mes obligations de formation préalable à l'attribution de l'habilitation sanitaire.~~

**VII. SIGNATURE DU DEMANDEUR :**

Date : le / / 20

Nom-Prénom-Signature : .....

**VIII. DECISION DU SERVICE INSTRUCTEUR (cadre réservé à l'administration)**

**l'habilitation sanitaire est :**

- accordée
- refusée pour le motif suivant : .....
- votre demande doit être complétée car le dossier ne comprend pas la (les) pièce(s) suivante(s) :

Cachet / Signature du responsable du service instructeur : ..... Date : .....

*La présente décision peut faire l'objet d'un recours administratif devant le tribunal administratif du ressort duquel dépend le domicile professionnel administratif du vétérinaire dans un délai de deux mois à compter de sa notification.*