

**D07b - Demande d'autorisation d'époinçage du bec de volailles à titre exceptionnel**

**Important :** Toutes les cases du formulaire sont remplies sinon la demande est refusée. La demande doit être soumise à votre OC et accordée avant l'intervention sur les animaux. Le demandeur conserve les documents justificatifs des interventions et des motifs.

Organisme de contrôle	
Numéro interne d'opérateur	
Dénomination officielle de l'opérateur	
Numéro BCE	

Espèce et souche de volaille	
Animaux concernés	Nombre : Âge lors de l'intervention :
Méthode d'intervention	
Justification du besoin	Améliorer <input type="checkbox"/> la santé, <input type="checkbox"/> le bien-être ou <input type="checkbox"/> l'hygiène des animaux. Justifiez :

**Je m'engage à respecter les conditions suivantes : ablation de moins d'un tiers du bec, réalisée dans les 3 premiers jours de vie de l'animal. L'intervention est réalisée par du personnel qualifié dans les 2 mois suivant la demande.**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

<b>Organisme de contrôle :</b> <input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable Date : _____ Nom et signature : _____	<b>Autorité compétente :</b> <input type="checkbox"/> Demande acceptée <input type="checkbox"/> Demande refusée Date : _____ Nom et signature : _____
---	--

Commentaires :

Références réglementaires : R2018/848, Annexe II, Partie II, 1.7.8, 1.7.9 et 1.7.12 ; AR du 17/05/2001 relatif aux interventions autorisées sur les vertébrés.