

**LAISSEZ-PASSER SANITAIRE n°**  
**ZONE RÉGLEMENTÉE (ZR) DERMATOSE NODULAIRE CONTAGIEUSE (DNC)**  
**MOUVEMENTS DE BOVINS ISSUS DE ZONES RÉGLEMENTÉES (V. 28/10/2025)**

**I. PARTIE À COMPLÉTER PAR LE DÉTENTEUR DES ANIMAUX**

**I.1. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR**

Nom de l'établissement : .....

Numéro EDE : .....

Adresse de l'établissement : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

**I.2. IDENTIFICATION DES BOVINS ET DE SON LIEU DE DÉTENTION**

**A- LIEU DE DEPART**

Adresse : ..... (préciser si estive : .....)

Zone d'origine : ☐ ZP ☐ ZS ☐ ZV

B- Date prévue de départ : .....

C- Nombre total d'animaux concernés : ..... Remplir le tableau ci-dessous ou joindre un tableau à la demande

N° identification à 10 chiffres	Date de vaccination (si réalisée)

**I.3. NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT DE DESTINATION**

.....

Zone destination : ☐ ZP ☐ ZS ☐ ZV ☐ ZI

Numéro EDE : .....

**I.4. IDENTITÉ ET DÉCLARATIONS DU DÉTENTEUR**

Je, soussigné (nom, prénom, qualité) ..... m'engage à  
respecter toutes les dispositions indiquées ci-dessous. :

*Des mesures de protection contre les vecteurs sont en place dans le bâtiment de destination (par exemple des moustiquaires, ventilation mécanique, lutte contre les gîtes larvaires, lampes UV...).*

Date et heure : .....

Signature du détenteur : .....

**II. AVANT DEPART**

**PARTIE À COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE AYANT RÉALISÉ L'EXAMEN CLINIQUE DES ANIMAUX**

**EXAMEN CLINIQUE:** Lieu : ..... Date et heure: .....

☐ J'atteste que tous les bovins du lieu de détention de départ ne présentent pas de signes évocateurs de DNC, ni d'autres maladies réglementés contraire à ce mouvement.

**Avis du vétérinaire sur ce mouvement** (ou joindre l'attestation du vétérinaire)

.....

Fait à (lieu) : ..... , le (date et heure) .....

Nom/prénom du vétérinaire : .....

Numéro Ordinal : .....

Téléphone : .....

Signature et Cachet du vétérinaire : .....

### III. PARTIE À COMPLÉTER PAR LE TRANSPORTEUR

J'atteste avoir pris connaissance des conditions particulières de transport sans rupture de charge, ni arrêt jusqu'au déchargement dans l'établissement de destination, en privilégiant les grands axes routiers ou ferroviaires, en évitant de passer à proximité d'établissements détenant des bovins et m'engage à les mettre en œuvre.

Jour de transport prévu (date et heure de départ) : .....

N° immatriculation du véhicule : .....

Le nettoyage/désinfection et la désinsectisation du moyen de transport d'animaux vivants ont été réalisés le ..... au moyen du(es) produit(s) ..... autorisés pour cet usage.

Je m'engage à réaliser les mêmes opérations de nettoyage/désinfection/désinsectisation après déchargement et avant tout nouveau chargement. Ces opérations font l'objet d'un enregistrement par l'opérateur qui précise les produits utilisés.

Fait à (lieu) ..... le (date et heure) : .....

Signature du transporteur :

Nom du Transporteur : .....

UNE FOIS LES PARTIES I, II ET III REMPLIES, L'ENSEMBLE DE CE DOCUMENT EST À RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :  
ddetspp-sv-dnc@aude.gouv.fr

Prévoir un délai de 48 h pour le traitement de la demande, sauf urgence

### IV. PARTIE À COMPLÉTER PAR LA DDETSPP

- ☐ Les animaux listés dans la partie I sont autorisés à être transportés jusqu'au site de destination désigné  
☐ Les animaux listés dans la partie I ne sont pas autorisés à être transportés pour les raisons suivantes :

.....  
.....

- ☐ Les animaux listés dans la partie I doivent faire l'objet d'une visite vétérinaire à destination.

Fait le (date) ....., à (heure) .....

La directrice départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations,

Références : Arrêté du 16 juillet 2025 fixant les mesures de surveillance, de prévention et de lutte relatives à la lutte contre la dermatose nodulaire contagieuse sur le territoire métropolitain / Instruction technique DGAL/SDBSEA/2025-525 du 14/08/2025 modifiée

### IV. A DESTINATION SI OBLIGATOIRE

#### PARTIE À COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE AYANT RÉALISÉ L'EXAMEN CLINIQUE DES ANIMAUX

EXAMEN CLINIQUE: Lieu : ..... Date et heure: .....

- ☐ J'atteste que tous les bovins du lieu de détention d'arrivée ne présentent pas de signes évocateurs de DNC, ni d'autres maladies réglementées contraire à ce mouvement.

Avis du vétérinaire sur ce mouvement :

.....

Fait à (lieu) : ....., le (date et heure) .....

Signature et Cachet du vétérinaire :

Nom/prénom du vétérinaire : .....

Téléphone : .....