

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'EXPLOITANT

| RENSEIGNEMENTS SUR L'EXPLOITATION                                |                                                            |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Titulaire ou titulaires du permis d'aquaculture :                | Numéro du permis d'aquaculture :<br>Permis valide depuis : |
| Nom de l'exploitation :                                          | Numéro d'identification ministériel :                      |
| Adresse :                                                        | Téléphone :                                                |
|                                                                  | Télécopieur :                                              |
| Nom du représentant (s'il est différent de celui du titulaire) : | Adresse courriel :                                         |

Je, soussigné \_\_\_\_\_,  
*Nom du titulaire ou de son représentant (en lettres moulées)*

étant dûment autorisé à agir au nom de l'exploitation piscicole mentionnée ci-dessus, demande d'adhérer volontairement au Programme québécois d'attestation sanitaire des exploitations piscicoles productrices de salmonidés.

### Segment visé par l'attestation :

- ☐ Tous les segments de l'exploitation  
☐ Les segments de l'exploitation sous bâtiment, y compris l'unité d'écloserie

### Sources d'approvisionnement en eau du ou des segments contrôlés de l'exploitation :

- ☐ Eau souterraine  
☐ Eau de surface (précisez l'affluent) : \_\_\_\_\_

**Je déclare avoir pris connaissance de tous les éléments du Programme et je m'engage à en respecter toutes les modalités d'application ainsi que les exigences qui en découlent.**

**Pour l'application des modalités et des exigences du Programme, je désigne le médecin vétérinaire suivant :**

| <b>RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE DÉSIGNÉ</b> |                      |
|----------------------------------------------------------|----------------------|
| Nom du médecin vétérinaire :                             | Nom de la clinique : |
| Adresse :                                                | Téléphone :          |
|                                                          | Télécopieur :        |
|                                                          | Adresse courriel :   |

**J'autorise l'Association des aquaculteurs du Québec et le MAPAQ à rendre publics** mon nom, le nom de mon entreprise, mes coordonnées, la date de mon inscription, les espèces de salmonidés incluses dans mon élevage ainsi que le statut sanitaire de mon exploitation pour chaque agent pathogène visé par le Programme.

☐ **Oui**      ☐ **Non**

\_\_\_\_\_  
*Signature du titulaire ou de son représentant*

\_\_\_\_\_  
*Date (jj/mm/aaaa)*

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à la centrale de signalement du MAPAQ :

[centraledesignalement@mapaq.gouv.qc.ca](mailto:centraledesignalement@mapaq.gouv.qc.ca)

1 844 ANIMAUX (264-6289)

Veuillez joindre au formulaire le document suivant dûment rempli :

***Description générale de l'exploitation.***