



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT**  
**A renvoyer à la Direction Départementale de la (Cohésion Sociale) Protection des Populations (DD(CS)PP)**  
**du département où est localisé votre domicile professionnel administratif**

**Demande initiale d'habilitation sanitaire**

**Demande de modification d'une habilitation sanitaire** (dans ce cas, remplir le I et indiquer les éléments nouveaux)

**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 : .....

**REMPACANTS :**

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

**REMPACANTS :**

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 : .....

**ASSISTANTS (2) :**

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

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

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

