



MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DE L'AGROALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT
A renvoyer à la Direction Départementale de la Protection des Populations de l'Essonne

*Immeuble Europe 1 - 5/7, rue François Truffaut
91080 COURCOURONNES*

tél : 01 69 87 31 00 fax : 01 60 87 04 65

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 :

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 DD(CS)PP 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 DD(CS)PP avec copie de leur déclaration à l'Ordre des vétérinaires et déclaration de la période d'assistance

