Jersey Canada—Demande d'enregistrement

350 Speedvale Ave West, Unit 9, Guelph ON N1H 7M7 Tél: 519-821-1020 Fax: 519-821-2723 Courriel: info@jerseycanada.com

JERSEYCANADA

Nom du propriétaire

Adresse :

Membre ID:

Téléphone :

courriel:

Transplantation embryonnaire : ☐ Oui ☐ Non No. de l'embryon congelé : _____ Mère receveuse : _____

Date de récupération : _____ Date de transplantation : _____

Insémination artificielle : ☐ Oui ☐ Non Date de saillie : _____

Saillie naturelle : ☐ Oui ☐ Non Date de saillie : _____

Naissances multiples : ☐ Oui ☐ Non Acère (né sans-cornes) : ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance : *(jour)*_____ *(mois)* _____ *(année)* _____ Sexe : ☐ Mâle ☐ Femelle

Étiquette d'oreille INBL/ATQ :

_____

Numéro de gestion : _____

Tatouage : *(droite)* _____ *(gauche)* _____

Nom du veau *(maximum de 40 caractères y compris les espaces)*:

Nom du père : _____ No. d'enregistrement : _____

Nom de la mère : _____ No. d'enregistrement : _____

Transplantation embryonnaire : ☐ Oui ☐ Non No. de l'embryon congelé : _____ Mère receveuse : _____

Date de récupération : _____ Date de transplantation : _____

Insémination artificielle : ☐ Oui ☐ Non Date de saillie : _____

Naissances multiples : ☐ Oui ☐ Non Acère (né sans-cornes) : ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance : *(jour)*_____ *(mois)* _____ *(année)* _____ Sexe : ☐ Mâle ☐ Femelle

Étiquette d'oreille INBL/ATQ :

_____

Numéro de gestion : _____

Tatouage : *(droite)* _____ *(gauche)* _____

Nom du veau *(maximum de 40 caractères y compris les espaces)*:

Nom du père : _____ No. d'enregistrement : _____

Nom de la mère : _____ No. d'enregistrement : _____

Transplantation embryonnaire : ☐ Oui ☐ Non No. de l'embryon congelé : _____ Mère receveuse : _____

Date de récupération : _____ Date de transplantation : _____

Insémination artificielle : ☐ Oui ☐ Non Date de saillie : _____

Saillie naturelle : ☐ Oui ☐ Non Date de saillie : _____

Naissances multiples : ☐ Oui ☐ Non Acère (né sans-cornes) : ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance : *(jour)*_____ *(mois)* _____ *(année)* _____ Sexe : ☐ Mâle ☐ Femelle

Étiquette d'oreille INBL/ATQ :

_____

Numéro de gestion : _____

Tatouage : *(droite)* _____ *(gauche)* _____

Nom du veau *(maximum de 40 caractères y compris les espaces)*:

Nom du père : _____ No. d'enregistrement : _____

Nom de la mère : _____ No. d'enregistrement : _____

Signature de l'éleveur attestant
que les informations fournies sont précises : _____ *Date:* _____