



Date d'introduction :

## DECLARATION : DETENTION CHIEN

(à partir de 3 en zone d'habitat / à partir de 5 dans les autres zones)

|               |  |             |  |
|---------------|--|-------------|--|
| Nom           |  |             |  |
| Prénom        |  |             |  |
| Adresse (rue) |  | N°          |  |
| Ville         |  | Code postal |  |
| Tél ou gsm    |  | e-mail      |  |

## LIEU DE DETENTION

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Adresse/ localisation |  |
| Type de zone          |  |
| Type de logement      |  |

## NOMBRE DE CHIENS

|  |
|--|
|  |
|--|

## CONDITIONS D'HEBERGEMENT

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Construction solide rendant toutes fuites impossibles   | oui | non |
| Apport nourriture et eau suffisant et renouvelé         | oui | non |
| Nettoyages réguliers                                    | oui | non |
| Abris contre gel, courant d'air, pluie (enclos externe) | oui | non |
| Aération suffisante (enclos interne)                    | oui | non |
| Absence humidité (enclos interne et externe)            | oui | non |

## GESTION DES NUISANCES

|   |  |     |
|---|--|-----|
| Evacuation des déchets                              |  |     |
| Effets sur l'air :<br>émission olfactive<br>externe | OUI (si oui, mesures prises pour réduire les effets) | non |
| Effet sonore :<br>émission sonore<br>externe        | OUI (si oui, mesures prises pour réduire les effets) | non |

## DECLARATION IDENTIFICATION

|                     |        |
|---------------------|--------|
| N° identification : | Date : |

## SUIVI MEDICAL

|                      |     |     |
|----------------------|-----|-----|
| Vaccination en ordre | oui | non |
|----------------------|-----|-----|

## RECEPTION DE LA DECLARATION

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| Le déclarant, | L'agent communal, |
|---------------|-------------------|