

**Required Report:** Required - Public Distribution

**Date:** December 20, 2021

**Report Number:** MO2021-0028

**Report Name:** Food and Agricultural Import Regulations and Standards  
Export Certificate Report

**Country:** Morocco

**Post:** Rabat

**Report Category:** FAIRS Export Certificate Report

**Prepared By:** Mohamed Fardaoussi

**Approved By:** Robert Wright

**Report Highlights:**

On October 12, 2021, the United States and Morocco completed a sanitary certificate for exports of U.S. live aquatic animals to Morocco. The completion of this certificate offers new opportunities for U.S. exporters of live aquatic animals intended for farming. This report provides information on export certificates that the Government of Morocco requires. The Moroccan food safety authority, “Office National de Sécurité Sanitaire des Produits Alimentaires” (ONSSA) is the national authority responsible for ensuring food safety and food regulations in the country.

## Table of Contents

<b>Executive Summary:</b> .....	2
Section I: List of All Export Certificates Required by Government .....	3
<b>Section II: Purpose of Specific Export Certificate(s)</b> .....	9
<b>Section III: Specific Attestations Required on Export Certificate(s)</b> .....	9
<b>Section IV: Government Certificate's Legal Entry Requirements</b> .....	9
<b>Section V: Other Certification/Accreditation Requirements</b> .....	10
<b>Appendix I: Electronic Copy or Outline of Each Export Certificate</b> .....	12

### **Executive Summary:**

This report summarizes the major export certificates required to export U.S. food and agricultural products to Morocco. They include a certificate of conformity; certificate of free sale; health certificate; phytosanitary certificate; veterinary certificate; certificate of origin. All beef and poultry shipments exported to Morocco must be accompanied by a signed official radiation letter, which exporters can obtain from the USDA Foreign Agricultural Service (FAS). Documents such as bills of lading, invoices, packing lists, and certificate of origin should always accompany the export consignment. Post recommends that U.S. exporters verify the full set of import requirements with their Moroccan customers before any goods are shipped.

## Section I: List of All Export Certificates Required by Government

### List of All Export Certificates Required by Government (Matrix)

Product (s)	Title of Certificate	Attestation Required on the Certificate	Purpose	Requesting Ministry
<b>Non-Animal Origin Processed Food Products</b>	FDA's Certificate to a Foreign Government	Certificate is still under negotiation.		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b>Processed Food Products Containing Some Animal Origin Products (except beef)</b>	Certificate of Free Sale (Wholesomeness) issued at State level where the product was manufactured. ( <a href="#">link</a> of all the states that issue a COFs)	Certificate of Free Sale see Model Certificate # 1 in Appendix I	Manufacturer is inspected periodically and is in substantial compliance with current good manufacturing practices and relevant FDA requirements.	National Office for Food Safety (ONSSA).
<b>Food for Special Use (Health food, diet food, food supplements, etc.)</b>	“Certificate of Conformity or Certificate of Lab Analysis”  Registration Certificate delivered by the Moroccan Ministry of Health	Chemical and Physical Laboratory Analysis Results of the Product.  Evidence that the product has been approved and registered formerly by the Moroccan Ministry of Health.	Product contents conform with information on the label. Especially useful for the first shipments.  Detailed analysis is likely to prevent requirement by inspectors of local laboratory testing.	National Office for Food Safety (ONSSA)  Ministry of Agriculture through ONSSA and Customs Office
<b>Plants and Part of Plants</b>	Phytosanitary Certificate	See standardized IPPC Phytosanitary Certificate model	Plants or parts of the plants are free of quarantine pests. Certificate must be issued no more than 14 days before the actual shipping.	National Office for Food Safety (ONSSA).
<b>Tomatoes and Eggplant Seeds</b>	Phytosanitary Certificate	APHIS Phytosanitary Certificate must include the following Additional Declaration: “The seed are free from..... clavisbacter michiganense pv.	The certificate must be issued no more than 14 days before the actual shipping.	National Office for Food Safety (ONSSA)

		ichiganense and Ralstonia solanacearum”		
<b><i>Seed Potatoes</i></b>	Phytosanitary Certificate	APHIS Phytosanitary Certificate is not established		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Dairy Products</i></b>	2 Certificates Required:  Sanitary Certificate issued by AMS and one by APHIS	Health Certificate see model #2 in Appendix I  APHIS certificate– Standard VS Form 16-4 with no additional declarations	To avoid any complications at Moroccan ports, please ensure that the date of the certificate issued by AMS is prior to the date of shipment. The date on APHIS certificate can be subsequent to the date of shipment.	National Office for Food Safety (ONSSA).
<b><i>Beef</i></b>	FSIS Letterhead Certificate for Bovine Meat and Bovine-Meat-Based Products to be Exported to the Kingdom of Morocco from the United States of America	Health Certificate, see model #3 in Appendix I  Halal Certificate  Official Radiation Letter issued through the USDA Foreign Agricultural Service (FAS)	Health Certificate.  Meat slaughtered according to the Islamic Ritual.	National Office for Food Safety (ONSSA).
<b><i>Poultry Meat</i></b>	FSIS Letterhead Certificate for Poultry Meat and Poultry-Meat-Based Products to be Exported to the Kingdom of Morocco from the United States of America.	Health Certificate, see Model Certificate #4 in Appendix I  Halal Certificate  Official Radiation Letter issued through the USDA Foreign Agricultural Service (FAS)	Health Certificate.  Meat slaughtered according to the Islamic Ritual.	National Office for Food Safety (ONSSA).
<b><i>Processed Eggs</i></b>	FSIS Letterhead Certificate for	Health Certificate. see Model Certificate #5 in	Health Certificate.	National Office for Food Safety

	Processed Egg Products to be Exported to the Kingdom of Morocco from the United States of America.	Appendix I		(ONSSA).
<b><i>Breeding Cattle</i></b>	Model of veterinary sanitary certificate for importing breeding cattle from the United States to the Kingdom of Morocco.	Health Certificate, see Model Certificate #6 in Appendix I	A Moroccan import permit is required prior to a health certificate endorsement by APHIS.  Ensure that imported cattle are healthy and free of diseases of concern.	National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Fattening Cattle</i></b>	Model of veterinary sanitary certificate for importing Fattening cattle from the United States to the Kingdom of Morocco.	Health Certificate, see Model Certificate #7 in Appendix I	A Moroccan import permit is required prior to a health certificate endorsement by APHIS.  Ensure that imported cattle are healthy and free of diseases of concern.	National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Bovine Semen</i></b>	Sanitary Certificate to Export U.S. Origin Bovine Semen to Morocco.	Sanitary Certificate, see Model Certificate #8 in Appendix I	Results of Laboratory Analysis for the tests required in the Health Certificate.	National Office for Food Safety (ONSSA)  Ministry of Agriculture through DDFP
<b><i>Equine Semen</i></b>	Health Certificate Required for the Importation of Equine Sperm Into Morocco from the United States of America.	Health Certificate see Model Certificate #9 in Appendix I		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Equine</i></b>	Veterinary Sanitary Certificate for Export	Veterinary Sanitary Certificate, see Model	Sanitary Certificate and Laboratory Test Results:	National Office for Food Safety

	of Equidae from the United State to the Kingdome of Morocco.	Certificate #10 in Appendix I	Certificate valid 10 days after the signature and should not have any erasure.	(ONSSA)
<b><i>Honey and bee products</i></b>	Sanitary Veterinary Certificate For Import of Bee Products into the Kingdom of Morocco.	Sanitary Veterinary Certificate, see Model Certificate #11 in Appendix I  Radiation Certificate		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Milk Replacers / Calf Milk</i></b>	Sanitary Certificate For Import of calf Milk and Milk Replacers.	Sanitary Certificate, see Model Certificate #12 in Appendix I Addition of a chemical tracer is required (need to be specified) Contain no fat from animal origin (except those of butyric origin) Contains no harmful residues in quantities exceeding the maximum accepted for human health. Product Does not contain radioactive elements	The tracer should allow the Ministry of Agriculture to confirm if the milk replacer has been used other that for animal feeding.	National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Hides and Skins</i></b>	Sanitary Veterinary Certificate.	See Model Certificate #13 in Appendix I		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Turkey Hatching Eggs</i></b>	Sanitary Certificate for Export of Turkey Hatching Eggs to the Kingdom of Morocco.	Sanitary Certificate, see Model Certificate # 14 in Appendix I	Certificate valid 10 days starting the day of the shipment.	National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Day Old Turkeys</i></b>	Sanitary Certificate for Export of Day-Old	Sanitary Certificate, see Model certificate # 15 in	Certificate valid 10 days starting the day of the shipment.	National Office for Food Safety

	Chicks to the Kingdom of Morocco.	Appendix I		(ONSSA)
<b><i>Day Old Chicks</i></b>	Sanitary Certificate for Export of Day-Old Turkey to the Kingdom of Morocco.	Sanitary Certificate, see Model Certificate # 16 in Appendix I	Certificate valid 10 days starting the day of the shipment.	National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Bovine Embryos</i></b>	Certificate not established.	Certificate is not established		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Ovine and Caprine Semen</i></b>	Certificate not established.	Certificate is not established		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Ovine and Caprine Embryos</i></b>	Certificate not established.	Certificate is not established		National Office for Food Safety (ONSSA)
<b><i>Dogs and Cats</i></b>	Health Certificate to Import Dogs and Cats from the United States into Morocco.	Heath Certificate, see Model Certificate #17 in Appendix I	Have been examined within the 24 hours before the day of departure to Morocco.	National Office of Food Safety (ONSSA)
<b><i>Pet Food</i></b>	Model Sanitary Certificate for Export of pet food from the United States of America to the Kingdom of Morocco.	Model Sanitary Certificate, see Model Certificate #18 in Appendix I		National Office of Food Safety (ONSSA)
<b><i>Compound Feed, Premix, and Feed Additives</i></b>	Sanitary Certificate.	Certificate is not established		National Office of Food Safety (ONSSA)
<b><i>Fishery and Aquaculture</i></b>	Health Certificate for Import To the Kingdom of Morocco from the United States of America of Fishery and Aqua cultural	Health Certificate, see Model Certificate #19 in Appendix I		National Office of Food Safety (ONSSA)

	Products Intended for Human Consumption.			
<b><i>Live Aquatic Animals</i></b>	Health Certificate for Import of live aquatic animals, gametes and eggs of aquatic animals intended for farming, relaying, to take fisheries and open facilities holding ornamental species from the United States of America to the Kingdom of Morocco.	Health Certificate, see Model Certificate #20 in Appendix I		National Office of Food Safety (ONSSA)

**For additional information:**

- ONSSA: National Office for Food Safety, [www.onssa.gov.ma](http://www.onssa.gov.ma)
- APHIS: Animal Plant Health Inspection Service, [www.aphis.usda.gov](http://www.aphis.usda.gov)
- AMS: Agricultural Marketing Service, [www.ams.usda.gov](http://www.ams.usda.gov)
- FSIS: Food Safety and Inspection Service, [www.fsis.usda.gov](http://www.fsis.usda.gov)
- NOAA Fisheries: National Oceanic and Atmospheric Administration, [www.fisheries.noaa.gov/](http://www.fisheries.noaa.gov/)



## **Section II: Purpose of Specific Export Certificate(s)**

Please refer to the Matrix under Section I.

## **Section III: Specific Attestations Required on Export Certificate(s)**

Please refer to the Matrix under Section I and Appendix I

## **Section IV: Government Certificate's Legal Entry Requirements**

ONSSA will accept only certificates issued by government officials. Certificates issued by federal agencies as well as by state government agencies are normally accepted. Even if the certificates are not explicitly required, they could help greatly the acceptance of the products. In most cases, certification issued by the exporting companies or by entities that are not accredited and duly authorized by the U.S. government (such as private labs) are not sufficient evidence to clear sanitary inspection. Morocco does not accept certificates from Chambers of Commerce. FDA's Certificate to a Foreign Government is still under negotiation. However, exporters of non-animal origin processed food products may ship with a certificate of free sale issued by the originating state government.

**Issuance Date/Duration of the Certificates:** There is a Moroccan regulation that explicitly requires that phytosanitary certificates (for fresh fruits and vegetable and live plant materials) be issued at most 14 days before loading. For certain animal products, the certificate must be issued at most 10 days before loading. For some commodities (such as live cattle, bovine semen) the duration of the certificate is determined by the date of the required tests on the animals/products, and thus the certificate would be valid only for certain periods.

For dairy products, although it is preferable that the date on the AMS certificate be prior to the date of shipment of the product, ONSSA in exceptional cases would accept certificate that are issued after the loading dates. In addition, certificates that are too old (several months) likely will not be accepted by the port inspectors or, at best, will delay the customs clearance significantly.

Originals of the certificates are needed but electronic and fax copies might be accepted to swiftly clear customs, yet the importer remains responsible for providing the original of the certificate.

Each shipment must have a separate sanitary certificate.

For goods transiting through Europe, a sanitary certificate issued by U.S. authorities is required. If originally the good was not specifically meant to be exported to Morocco, Moroccan authorities will accept the sanitary certificate issued by USDA to the European Authorities can be accepted. However, an additional certificate certifying that the commodity has been properly handled and stored while in Europe might be necessary.

At the points of entry, both the sanitary and phytosanitary control and the conformity with the local regulations for food and agricultural products are carried out primarily by inspectors from the National Office for Food Safety, Office National de Sécurité Sanitaire des produits Alimentaires (ONSSA) under the Ministry of Agriculture. In major ports (Casablanca, Agadir, Tangier and Nador), the importer deals with one regional office, Direction de Contrôle de la Qualité (DCQ) which is under the supervision of ONSSA. The dispatch of the importation

documents is done internally depending on the type of product (animal or plant and raw or processed)

Typically, the clearing process by DCQ inspectors consists of up to three major steps based on the familiarity with the commodity, importer's experience, and origin:

- The inspector clears the commodity by merely checking the documents provided.
- The inspector may require physical inspection of the imported commodity before clearance.
- The inspector may require that samples of the imported goods be drawn and sent to local Government of Morocco (GOM) approved laboratory for analysis.

DCQ inspectors issue a certificate that authorizes the importer to clear customs. Customs officers will not authorize the goods into the country without a certificate issued at the point of entry by the DCQ inspectors. Normally, it takes less than a week to clear products through customs. If a sample of food is taken for laboratory analysis, the customs clearance may be delayed several days until they check the lab analysis result.

In addition, the documents that are typically required by customs office are:

- **Bill of Lading:** To ensure that imported commodities benefit from the preferential treatment under U.S.-Morocco Free Trade Agreement, the Moroccan customs require that the bill of lading explicitly indicate the United States as origin and Morocco as destination. For trans-shipments, U.S. exporters will likely be requested to provide evidence that the commodity was meant to be shipped to Morocco when it left the United States.
- **Original Invoice**
- **Packing List**
- **Certificate** issued by regional quality control (DCQ) of ONSSA attesting that the commodity has been inspected and passed the sanitary control.
- **Certificate of Origin**

For newly imported products, the exporter should provide extensive documentation (description of the products, lab analysis result, certification of approval by the government of the exporting country, etc.) to help the DCQ inspector make a quick decision and not request laboratory analysis. Some importers send samples of newly imported products to the DCQ office before they ship the products to get a feel of what would be required to swiftly clear customs.

## **Section V: Other Certification/Accreditation Requirements**

ONSSA requires a radioactivity free certificate for imported food products. A general certification statement from a federal/state agency about the reduced risk of having radioactivity in the imported products should be acceptable (see example of radioactivity free certificate at the end of Appendix I).

For further details or information please contact ONSSA at:

**Office National de Sécurité Sanitaire  
des Produits Alimentaires (ONSSA)**

Avenue Hadj Ahmed Cherkaoui-Agdal

10090 Rabat

Tel.: +212 5 37 67 65 05

+212 5 37 67 65 06

Fax: +212 5 37 68 20 49

Website: <http://www.onssa.gov.ma/fr/>

## Appendix I: Electronic Copy or Outline of Each Export Certificate

*Model Certificate #1: Processed Food Containing Some Animal Origin Products (excluding Beef)*

### Processed Food Containing Some Animal Origin Products (excluding Beef)

United States of America

Certificate of Free Sale – Food

Issued by the State of \_\_\_\_\_

LOGO OF CERTIFYING AUTHORITY

Certificate ID number: \_\_\_\_\_

Expiration Date of Certificate

Original Certificate

The Department of \_\_\_\_\_ regulates the production, manufacture and sale of the product(s) listed below in the State of \_\_\_\_\_ pursuant to the law, \_\_\_\_\_.

The Manufacturer(s) listed below is subject to periodic inspections in this state; the last such inspection showed that the plant(s), at that time, appeared to be in substantial compliance with current good manufacturing practices and relevant U.S. Food and Drug Administration requirements for the listed product(s). The Department does not object to the sale of the product(s) below, nor its shipment to any other state or country at this time.

Shipment Description:

Product	Common Name	Manufacturer	Comments

Continue on additional page(s) as needed

Intended Destination(s): (optional) \_\_\_\_\_

Exporting Company: \_\_\_\_\_

Name

Doing Business as (if different from Name)

\_\_\_\_\_

Address

Country

Additional

Remarks: \_\_\_\_\_

Certifier: \_\_\_\_\_

Signature

Date signed

\_\_\_\_\_

Printed Name

\_\_\_\_\_

NOTARY SEAL

Title/Position

\_\_\_\_\_

Contact Information

Disclaimer: This certificate should not be interpreted as either an expressed or an implied warranty of the named products.

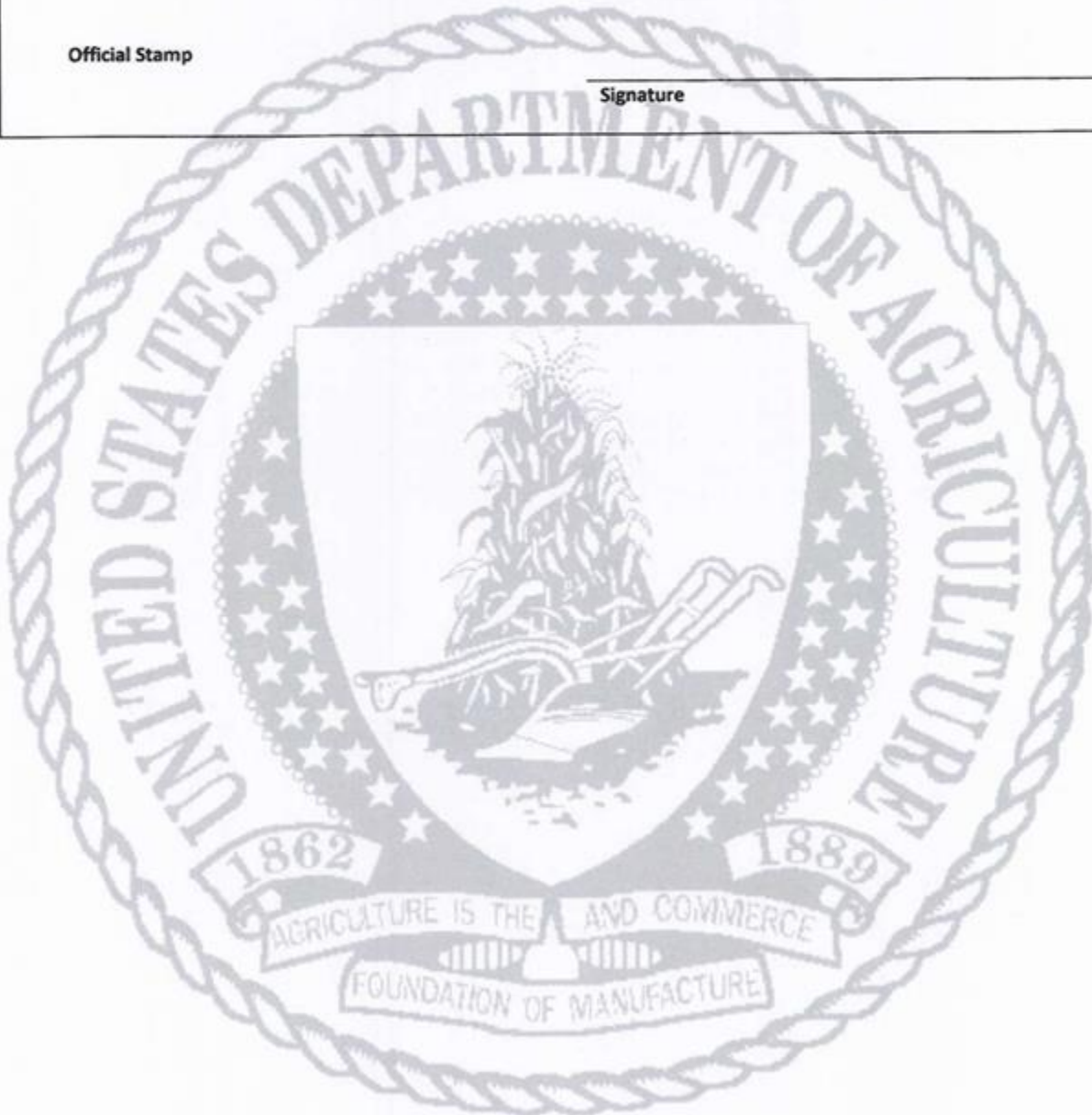
Model Certificate #2: Dairy Products

USDA		UNITED STATES OF AMERICA SANITARY CERTIFICATE FOR MILK AND MILK PRODUCTS FOR HUMAN CONSUMPTION TO MOROCCO		U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE <b>AMS</b> AGRICULTURAL MARKETING SERVICE	
Country of Origin: United States of America					
1. Consignor/Exporter [ConsignorName] [ConsignorAddr]		2. Certificate Number [CertNo]		3. Competent Authority FDA	
		4. Certifying Body AMS			
5. Consignee/Importer [ConsigneeName] [ConsigneeAddr]					
6. Country of Origin UNITED STATES OF AMERICA		ISO Code US			
7. Country of Destination [MOROCCO]		ISO Code [MA]			
8. Origin of Product (Information Supplied by the Manufacturer or Exporter) [OriginName] [OriginCity] Plant Number: [OriginNo]					
9. Product Destination (Information Supplied by the Manufacturer or Exporter) Origin: [DestName] [DestAddr] Destination: [Destination] Method of Transport: [Transport]					
10. Identification of Food Products As Described Below					
Description [Description]		Type of Packaging [PkgType]	Number of Packages [NumberUnits]	Net Weight [NetWt] [NetWtUnit]	
Condition or Kind of Treatment [Condition]		Required Temperature, Storage and Transportation [ReqTemp]			
Production Date [ProductionDate]		Validity Date (Shelf Life) [ShelfLife]			
11. Sanitary Certification					
I, the undersigned, the responsible government official, do hereby certify that milk and milk products designated above comply with the following sanitary and public health requirements:					
1. The milk and milk products contained in this consignment have been produced under a U.S. safety system that is intended to ensure the safety of these products.					
2. The milk and milk products contained in this consignment have been processed to destroy pathogenic organisms, including heat treatment to ensure absence of viable pathogenic organisms.					
3. The products in this consignment were prepared, packed, held and transported prior to export under a system of regulations intended to ensure good hygienic practice and an effective food safety control system implemented in accordance with HACCP systems where appropriate and that meets or exceeds with the provisions of the Codex Code of Hygienic Practice for Milk and Milk Products.					
4. The milk and milk products are manufactured under a system of regulations and inspections designed to ensure that the milk is free of color and food additives known to be harmful to human health.					
5. a) The products in this consignment have been produced under a system of U.S. food safety controls to ensure that residues of natural toxins, including Aflatoxin M1, pesticides, antibiotics, estrogenic or hormonal substances of a natural or synthetic origin, other therapeutic drugs, and heavy metals do not present unacceptable risk to public health.					
b) The United States has put in place a system for risk assessment and management as well as a monitoring plan for the rapid detection and prevention of contamination from PCBs and dioxins, and data from these programs demonstrate and data from these programs demonstrate that demonstrate milk and milk products do not exceed acceptable threshold limits of PCBs or dioxins.					
c) Data derived from the U.S. Food and Drug Administration compliance program, "Toxic Elements in Food and Foodware, and Radionuclides in Food - Import and Domestic," and the "Total Diet Study" demonstrate that milk and milk products do not exceed acceptable threshold limits of radionuclides.					
6. The product was manufactured in facilities subjected to regular audits or inspections by the competent authority to ensure that the processing, storage, and transport are properly and hygienically carried out.					
7. The milk and milk products exported from the United States will be accompanied by certification that the products are manufactured in approved establishments in good regulatory standing with the competent					

- authority.
8. The milk and milk products were transported and stored in a U.S. food safety system in which the industry practice is to transport and store at a temperature not exceeding -20°C (for ice cream) or -15°C (for frozen butter).

**12. Certifying Officer**

<b>Name</b> (In Capital Letters)	<u>[Certifying Official]</u>	<b>Official Position</b> In (date)	<u>[Title]</u>
<b>Done At (place)</b>	<u>[Place]</u>		<u>[SignDate]</u>
<b>Official Stamp</b>	<u>Signature</u>		





Model Certificate #3: Beef



United States Food Safety and Inspection Service  
Department of Agriculture  
Washington, DC 20250

**FSIS Letterhead Certificate for Bovine Meat and Bovine Meat-Based Products to be Exported to the Kingdom of Morocco from the United States of America/ Certificat sanitaire FSIS pour l'exportation de viande bovine et produits à base de viande bovine au Royaume du Maroc depuis les États-Unis d'Amérique**

<b>I. Product Information/ Information produit</b>		
<b>I.1. Consignor/Exporter/Expéditeur</b> Name/ Nom: Address/ Adresse :  Country/Pays: Telephone/ Téléphone :	<b>I.2. Certificate Number/Numéro de certificat :</b>	
	<b>I.3. Competent Central Authority/ Autorité centrale compétente :</b> <b>Food Safety and Inspection Service</b>	
	<b>I.4. Competent Local Authority/ Autorité locale compétente: not applicable/ sans objet</b>	
<b>I.5. Consignee/Importer/Destinataire</b> Name/ Nom: Address/ Adresse:  Country/Pays: Telephone/ Téléphone :	<b>I.6. Forwarding Agent (if applicable): not applicable Transitaire (le cas échéant) : sans objet</b>	
<b>I.7. Country of Origin: United States of America/ Pays d'origine:</b> États-Unis d'Amérique (ISO Code) : 840	<b>I.8. Region, Code (if applicable) / Région, Code (le cas échéant) :</b> Not applicable/ sans objet	
<b>I.9. Place of Origin/ Lieu d'origine :</b> Name of Production Establishment/ Nom de l'établissement de production: Accreditation Number/ Numéro d'agrément: Address/ Adresse :	<b>I.10. Place of Destination/ Lieu de destination :</b>	
<b>I.11. Exporting Site/ Lieu de chargement</b> Address/ adresse :	<b>I.12. Departure Date / Date du départ :</b>	
<b>I.13. Modes of Transportation/ Moyens de transport</b> Plane/Avion <input type="checkbox"/> Ship/ Navire <input type="checkbox"/> Freight car/ wagons de marchandises <input type="checkbox"/> Truck/Camion <input type="checkbox"/> Other/ Autre <input type="checkbox"/> Identification Information/ Identification information :		
<b>I.14. Product Temperature/Température produits</b> Ambient/ Ambiante <input type="checkbox"/> Refrigerated/ Réfrigérée <input type="checkbox"/> Frozen/ Congelée <input type="checkbox"/>	<b>I.15. Total Net weight/ Poids net total :</b>	<b>I.16. Total Number of Parcels/ Nombre total de conditionnements :</b>
<b>I.17. See below (voir ci-dessous)</b>		
<b>I.18. Merchandise Certified for/Marchandises certifiées pour la/l'</b> Human consumption/Consommation humaine <input checked="" type="checkbox"/> Animal consumption/Alimentation animale <input type="checkbox"/> Other/Autre <input type="checkbox"/>		

Page 1 of 5

Certificate Edition: 11/26/2018  
FSIS Form 2830-9 (6/86)

EQUAL OPPORTUNITY IN EMPLOYMENT AND SERVICES





I.19. Merchandise Information/Identification des marchandises				
Name of product/Nom du produit				
Type of processing/Type de traitement				
Processing site/Centre de traitement				
Number of parcels/Nombre de conditionnements				
Type of parcel/Type de conditionnement				
Net weight/Poids net				
Lot number/numéro de lot				
Production date/Date de production				
Expiration date/Date de péremption				

**Health Information/ Renseignements sanitaires:**

I, the undersigned FSIS certifying official, certify that/Je soussigné, agent de certification du FSIS, certifie que:

**A. The United States/ Les États-Unis d'Amérique :**

- 1) Has been recognized by the World Organization for Animal Health (OIE) as a country free of foot-and-mouth disease and meets the recommendations of the OIE to be considered free of Rift Valley Fever/ Ont été reconnus par l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) comme pays indemne de fièvre aphteuse et répond aux recommandations de l'OIE pour être considéré indemne de la fièvre de la vallée du Rift.



United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

- 2) Is classified by the OIE as a country with negligible risk status for bovine spongiform encephalopathy (BSE)/Est classé par l'OIE comme pays à risque négligeable pour l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB).

**B. The cattle from which bovine meat or bovine meat-based products were derived were/ Les bovins dont sont issus les viandes et les produits à base de ces viandes sont:**

- 1) i. Born and raised in the United States/ Nés et élevés aux États-Unis,

Or/ Ou

- ii. Legally imported into the United States and inspected by an authorized veterinary official of the United States upon importation and found to be in compliance with U.S. sanitary import requirements for live cattle/ Légalement importés aux États-Unis et ont été inspectés par un agent vétérinaire autorisé des États-Unis et ont été trouvés conformes avec aux exigences sanitaires des USA en matière d'importation de bovins vivants.

- 2) Not slaughtered as part of an official disease eradication program in the United States, and do not come from holdings under official restriction in the United States due to an outbreak of diseases to which cattle are susceptible/ N'ont pas été abattus dans le cadre d'un programme d'éradication de la maladie officielle aux États-Unis, et ne proviennent pas d'exploitations soumises à des restrictions officielles aux États-Unis en raison de l'apparition d'une maladie à laquelle les bovins sont sensibles.
- 3) Identified in compliance with U.S. traceability system requirements/ Les bovins sont identifiés conformément aux exigences du système de traçabilité américaine.
- 4) Born after the effective application of the regulatory ban on feeding of ruminants with meat and bone meal and greaves derived from ruminants/ Sont nés après l'application effective de l'interdiction réglementaire d'alimentation des ruminants avec des farines de viande et d'os et des cretons provenant de ruminants

**C. The bovine meat and bovine meat-based products satisfy the following requirements/ La viandes bovine et les produits à base de cette viande satisfont les exigences suivantes:**

- 1) The slaughter and processing establishments where the bovine meat and bovine meat-based products were prepared have established and implemented a Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) Plan, which has been designed based on the principles adopted by the



Codex Alimentarius Commission/Les établissements d'abattage et de transformation où sont préparés les viandes et les produits à base de viande bovine disposent et appliquent un plan d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (HACCP) conçu sur la base des principes adoptés par la Commission du Codex Alimentarius.

- 2) Were handled in a hygienic manner in accordance with the requirements of the United States, including the necessary precautions to avoid product contamination/Ont été manipulés de manière hygiénique conformément aux exigences des États-Unis, y compris les précautions nécessaires pour éviter la contamination du produit.
- 3) Were produced from cattle that underwent ante-mortem and post-mortem inspections and showed no visible signs of any infectious disease and were determined to be safe for human consumption/Ont été produits à partir de bovins qui ont subi des inspections ante mortem et post mortem et qui n'ont montré aucun signe visible de maladie infectieuse et qui ont été reconnues propres pour la consommation humaine.
- 4) Were produced from cattle that were slaughtered, prepared, packaged and stored in FSIS inspected establishments which are accredited by the central competent authority/Ont été produits à partir des bovins abattus, préparés, conditionnés, emballés et entreposés dans des établissements inspectés par FSIS et accrédités par l'autorité centrale compétente.
- 5) Contain no unauthorized preservatives or other additives or food coloring. It contains no harmful residues of antibiotics, coccidiostatic substances, hormones, pesticides, or medications according to the national residue program (\*). The bovine and bovine meat-based-products are produced in accordance with U.S. regulations for antiseptics and environmental contaminants/ Ne contiennent ni conservateurs non autorisés ni d'autres additifs ou colorants alimentaires. Ils ne contiennent pas de résidus nocifs d'antibiotiques, de substances coccidiostatiques, d'hormones, de pesticides ni de médicament conformément au programme national des résidus (\*). La viande bovine et les produits à base de viande bovine sont produits en conformité à la réglementation américaine pour les antiseptiques et les contaminants environnementaux.
- 6) Are compliant with the microbiological criteria applicable to bovine meat and bovine meat-based products, in accordance with the regulations in force in the United States for safe and wholesome bovine meat and bovine meat-based products/Sont conformes aux critères microbiologiques applicables aux viandes et produits à base de viandes bovines, conformément à la réglementation sanitaire en vigueur aux États-Unis relative à la sécurité et la salubrité des produits de viandes bovines et produits à base de viandes bovines.



United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

7) Were packed under FSIS inspection and marked with the USDA Mark of Inspection declaring that this meat was inspected and passed and from an establishment accredited by the central competent authority/Ont été emballés sous contrôle du FSIS et marqués avec la marque d'inspection de l'USDA déclarant que ces viandes sont inspectées, admises et provenant d'un établissement accrédité par l'autorité centrale compétente.

8) Transport equipment fulfills the health requirements required in regard to the transport of perishable goods/Les engins de transport satisfont aux exigences sanitaires requises en matière de transport des denrées périssables.

Signature of FSIS Certifying Official/

Signature du représentant officiel du FSIS : \_\_\_\_\_

Printed Name/ Nom imprimé : \_\_\_\_\_

Title/Professional Degree/ Titre/diplôme professionnel : \_\_\_\_\_

<b>I.17. This Section to Be Completed By Exporter/Shipper/Cette section est à remplir par l'exportateur/expéditeur</b>	
Container Number/ Numéro de conteneur :	Seal Number/ Numéro de scellé :
<b>I Certify That The Above Information Is True/Je certifie que les informations susmentionnées sont authentiques</b>	
Signature/Signature :	Shipping date/ Date d'embarquement :

(\*) Regarding residues of radioactive elements, the additional attestation issued by USDA is attached to this certificate/Concernant les résidus d'éléments radioactifs l'attestation complémentaire fourni par USDA est jointe à ce certificat.

Model Certificate #4: Poultry Meat



United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

**FSIS Letterhead Certificate for Poultry Meat and Poultry-Meat-Based-Products to be  
Exported to the Kingdom of Morocco from the United States of America/ Certificat sanitaire  
FSIS pour l'exportation des viandes de volailles et produits à base de viandes de volailles vers  
le Royaume du Maroc à partir des États-Unis d'Amérique**

<b>I. Product Information/ Information produit</b>		
<b>I.1. Consignor/Exporter/Expéditeur</b> Name/ Nom: Address/ Adresse:  Country/Pays: Telephone/ Téléphone:		<b>I.2. Certificate Number/Numéro du certificat:</b>  <b>I.3. Competent Central Authority/ Autorité centrale compétente:</b> <b>Food Safety and Inspection Service</b>  <b>I.4. Competent Local Authority/ Autorité locale compétente:</b> not applicable/ non applicable
<b>I.5. Consignee/Importer/Destinataire</b> Name/ Nom: Address/ Adresse:  Country/Pays: Telephone/ Téléphone:		<b>I.6. Forwarding Agent (if applicable):</b> not applicable Transitaire (s'il y a lieu): non applicable
<b>I.7. Country of Origin: United States of America/ Pays d'origine:</b> États-Unis d'Amérique (ISO Code) : 840		<b>I.8. Region, Code (if applicable) / Région, Code (s'il y a lieu):</b> Not applicable/ non applicable
<b>I.9. Place of Origin/ Lieu d'origine :</b> Name of Production Establishment/ Nom de l'établissement de production: Accreditation Number/ Numéro d'agrément: Address/ Adresse:		<b>I.10. Place of Destination/ Lieu de destination :</b>
<b>I.11. Exporting Site/ Lieu de chargement</b> Address/ adresse:		<b>I.12. Departure Date / Date du départ:</b>
<b>I.13. Modes of Transportation/ Moyens de transport</b> Plane/Avion <input type="checkbox"/> Ship/ Navire <input type="checkbox"/> Freight car/ wagons de marchandises <input type="checkbox"/> Truck/Camion <input type="checkbox"/> Other/ Autre <input type="checkbox"/> Identification Information/ Identification information:		
<b>I.14. Product Temperature/Température produits</b> Ambient/ Ambiante <input type="checkbox"/> Refrigerated/ Réfrigérée <input type="checkbox"/> Frozen/ Congelée <input type="checkbox"/>	<b>I.15. Total Net weight/ Poids net total:</b>	<b>I.16. Total Number of Parcels/ Nombre total de conditionnements:</b>
<b>I.17. See below (voir ci-dessous)</b>		
<b>I.18. Merchandise Certified for/Marchandises certifiées aux fins de</b> Human consumption/Consommation humaine <input checked="" type="checkbox"/> Animal consumption/Alimentation animale <input type="checkbox"/> Other/Autre <input type="checkbox"/>		

Page 1 of 6

Certificate Edition: 07/08/2018  
FSIS Form 2630-9 (6/88)

EQUAL OPPORTUNITY IN EMPLOYMENT AND SERVICES





United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

**I.19. Merchandise Information/Identification des marchandises**

Name of product/Nom du produit				
Type of processing/Type de traitement				
Processing site/Atelier de transformation				
Number of parcels/Nombre de conditionnements				
Type of parcel/Type de conditionnement				
Net weight/Poids net				
Lot number/numéro de lot				
Production date/Date de production				
Expiration date/Date de péremption				

**Health Information/ Renseignements sanitaires:**

I, the undersigned FSIS certifying official, certify that the poultry products described on the export certificate of wholesomeness meet the following health conditions/Je soussigné, agent de certification du FSIS, certifie que les produits de volaille décrits sur le certificat d'exportation de salubrité répondent aux conditions sanitaires suivantes :

**And/Et**

The birds from which the poultry meat and meat products are derived, were not slaughtered as part of a federal disease eradication program for poultry/Les volailles, dont sont issus la viande et les produits à base de ces viandes, n'ont pas été abattues dans le cadre d'un programme fédéral d'éradication des maladies pour les volailles.

\_\_\_\_\_  
(Signature of FSIS Certifying Official)



**A) Avian Influenza/ Influenza aviaire:**

- 1) In the United States, avian influenza (AI) as defined by the World Organization for Animal Health (OIE) is notifiable, an ongoing avian influenza awareness program is in place, and a surveillance program is in place that meets or exceeds the recommendations of OIE for AI as defined by OIE/Aux États-Unis, l'influenza aviaire (IA) telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) est à déclaration obligatoire, un programme permanent de sensibilisation à l'influenza aviaire est en place, et un programme de surveillance est en place qui respecte ou dépasse les recommandations de l'OIE pour l'influenza aviaire telles que définies par l'OIE;

**And/Et**

- 2)  
i. The United States is free from infection with avian influenza virus, as defined by the OIE/Les États-Unis sont indemnes d'infection par les virus de l'influenza aviaire, telle que définie par l'OIE.

**Or/Ou**

- ii. The birds from which the poultry meat and meat products were derived/Les volailles, dont sont issus la viande et les produits à base de ces viandes :

a) were kept, for at least the past 21 days, in an establishment located in a zone that is free of avian influenza as defined by OIE that is not within 100 km of establishment (flocks or hatcheries) affected with highly pathogenic avian influenza, and 10 km from an establishment (flocks or hatchery) affected with low pathogenic avian influenza (as defined by OIE), and where there is no epidemiological link that results in avian influenza as defined by OIE, in poultry that has been reported within the last 90 days; /Ont séjourné, au cours des 21 derniers jours, dans un établissement situé, dans une zone indemne de l'influenza aviaire telle que définie par l'OIE, et qui n'est pas située à moins de 100 km à partir d'un établissement (élevages ou couvoirs) infecté par l'influenza aviaire hautement pathogène et pas à moins de 10 km à partir d'un établissement (élevages ou couvoirs) infecté par l'influenza aviaire faiblement pathogène (telle que définie par OIE) et où il n'y a pas de lien épidémiologique ayant causé l'apparition de l'influenza aviaire, telle que définie par l'OIE chez la volaille, qui a été déclarée au cours des 90 derniers jours;

**And/Et**

- b) The birds were slaughtered in an approved abattoir located in a free zone in accordance with point A2-ii-a/ Les volailles ont été abattues dans un abattoir agréé situé dans une zone indemne conformément au point A2-ii-a.

\_\_\_\_\_  
(Signature of FSIS Certifying Official)



United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

**Or/Ou**

c) The meat or meat product has been processed to ensure the destruction of the avian influenza virus in accordance with the recommendations of the OIE for avian influenza/Les viandes ou les produits à base de ces viandes ont été traités pour assurer la destruction du virus de l'influenza aviaire, conformément aux recommandations de l'OIE en matière d'influenza aviaire.

3) The birds from which the meat was derived originate from farms where avian influenza testing was conducted, no more than 21 days prior to slaughter or movement to slaughter, with negative results in accordance with the testing parameters of the US National Poultry Improvement Plan (NPIP) H5/H7 Monitored Program/Les volailles dont est issue la viande proviennent d'exploitations où des tests d'influenza aviaire ont été effectués, au plus tard 21 jours ayant précédé l'abattage ou le mouvement à l'abattage, avec des résultats négatifs conformément aux paramètres des tests du programme de surveillance américain Plan National d'Amélioration de Volaille (NPIP) H5/H7.

**B. Newcastle Disease/La maladie de Newcastle:**

The birds from which the poultry meat and meat products were derived/Les volailles dont sont issues les viandes et produits à base de ces viandes:

- 1)
  - i. Were kept, for at least the past 21 days, in an establishment located in a zone free of Newcastle Disease as defined by OIE at least 25 km from an outbreak of Newcastle Disease as defined by OIE/Ont séjourné, depuis au moins 21 dernier jours, dans un établissement situé dans une zone indemne de la maladie de Newcastle, telle que définie par l'OIE à au moins 25 km d'un foyer de maladie de Newcastle, telle que définie par l'OIE;

**And/Et**

- ii) The birds were slaughtered in an approved abattoir located in a free zone in accordance with point B1/Les volailles ont été abattues dans un abattoir agréé situé dans une zone indemne conformément au point B1.

**Or/Ou**

- 2) The meat or meat product has been processed according to OIE recommendations to ensure the destruction of Newcastle Disease as defined by the OIE/ Les viandes ou les produits à base de ces viandes ont été traités conformément, aux recommandations de l'OIE pour assurer la destruction du virus de la maladie de Newcastle telle que définie par l'OIE.

(Signature of FSIS Certifying Official)





**C. The poultry meat and the products made from this meat satisfy the following requirements/ Les viandes de volailles et produits à base de ces viandes satisfont aux exigences suivantes:**

- 1) The slaughter and processing establishments where the poultry meat and poultry products were prepared have established and implemented a Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) Plan, which has been designed based on the principles adopted by the Codex Alimentarius Commission/ Les établissements d'abattage et de transformation où sont préparés les viandes et les produits à base de viandes de volailles disposent et appliquent un plan d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (HACCP) conçu sur la base des principes adoptés par la Commission du Codex Alimentarius.
- 2) Were handled in a hygienic manner in accordance with the requirements of the United States, including the necessary precautions to avoid product contamination/Ont été manipulés de manière hygiénique conformément aux exigences des États-Unis, y compris les précautions nécessaires pour éviter la contamination du produit.
- 3) Were produced from birds that underwent ante-mortem and post-mortem inspections and showed no visible signs of any infectious disease and were determined to be safe for human consumption/Ont été produits à partir des volailles qui ont subi des inspections ante mortem et post mortem et qui n'ont montré aucun signe visible de maladie infectieuse et qui ont été jugés sans danger pour la consommation humaine.
- 4) Were produced from birds that were slaughtered, prepared, and packaged in FSIS inspected establishments which are accredited by the central competent authority/Ont été produits à partir des volailles abattues, préparées et emballées dans des établissements inspectés par FSIS et accrédités par l'autorité centrale compétente.
- 5) Contain no unauthorized preservatives or other additives or food coloring. It contains no harmful residues of antibiotics, coccidiostatic substances, pesticides, or medications according to the national residue program (\*). The poultry meat and meat products are produced in accordance with U.S. regulations for hormones, antiseptics, and environmental contaminants/ Ils ne contiennent ni conservateurs non autorisés ni autres additifs ou colorants alimentaires. Ils ne contiennent pas de résidus nocifs d'antibiotiques, de substances coccidiostatiques, de pesticides, ou de médicaments conformément au programme national des résidus (\*). Les viandes de volailles et les produits à base de viandes de volailles sont produits en conformité avec la réglementation américaine pour les hormones, les antiseptiques, et les contaminants de l'environnement.

(Signature of FSIS Certifying Official)



United States Food Safety Washington, DC  
Department of and Inspection 20250  
Agriculture Service

6) Are compliant with the microbiological criteria applicable to meat and meat products of poultry, in accordance with the regulations in force in the United States for safe and wholesome poultry products/Sont conformes aux critères microbiologiques applicables aux viandes et produits à base de viandes de volailles, conformément à la réglementation sanitaire en vigueur aux États-Unis relative à la sécurité et la salubrité des produits avicoles.

7) Were packed under FSIS inspection and marked with the USDA Mark of Inspection made with this meat are inspected and passed and from an establishment accredited by the central competent authority/Ont été emballés sous contrôle du FSIS et marqués avec la marque d'inspection de l'USDA déclarant que ces viandes sont inspectées, admises et provenant d'un établissement accrédité par l'autorité centrale compétente.

8) Transport equipment fulfills the health requirements required in regard to the transport of perishable goods/Les engins de transport satisfont aux exigences sanitaires requises en matière de transport des denrées périssables.

**Signature of FSIS Certifying Official/**

**Signature du représentant officiel du FSIS:** \_\_\_\_\_

**Printed Name/ Nom imprimé:** \_\_\_\_\_

**Title/Professional Degree/ Titre/diplôme professionnel:** \_\_\_\_\_

<b>I.17. This Section to Be Completed By Exporter/Shipper/Cette section est à remplir par l'exportateur/expéditeur</b>	
Container Number/ Numéro de conteneur:	Seal Number/ Numéro de scellé:
<b>I Certify That The Above Information Is True/Je certifie que les informations ci-dessus mentionnées sont authentiques</b>	
Signature/Signature:	Shipping date/ Date d'embarquement:

(\*) Regarding residues of radioactive elements, the additional attestation issued by USDA is attached to this certificate/Concernant les résidus d'éléments radioactifs l'attestation complémentaire fourni par USDA est jointe à ce certificat.

Model Certificate #5: Processed Eggs



United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

**FSIS Letterhead Certificate for Processed Egg Products to be Exported to the Kingdom of Morocco from the United States of America/ Certificat sanitaire FSIS pour l'exportation des ovo-produits vers le Royaume du Maroc à partir des Etats-Unis d'Amérique**

<b>I. Product Information/ Information produit</b>		
I.1. Consignor/Exporter/Expéditeur/Exportateur Name/ Nom: Address/ Adresse:  Country/Pays: Telephone/ Téléphone:		I.2. Certificate Number/Numéro du certificat:
		I.3. Competent Central Authority/ Autorité centrale compétente: <b>Food Safety and Inspection Service</b>
		I.4. Competent Local Authority/ Autorité locale compétente: not applicable/ non applicable
I.5. Consignee/Importer/Destinataire/Importateur Name/ Nom: Address/ Adresse:  Country/Pays: Telephone/ Téléphone:		I.6. Forwarding Agent (if applicable): not applicable/Transitaire (s'il y a lieu): non applicable
I.7. Country of Origin: United States of America/ Pays d'origine: États-Unis d'Amérique (ISO Code) : 840		I.8. Region, Code (if applicable) / Région, Code (s'il y a lieu): Not applicable/ non applicable
I.9. Place of Origin/ Lieu d'origine : Name of Production Establishment/ Nom de l'établissement de production: Accreditation Number/ Numéro d'agrément: Address/ Adresse:		I.10. Place of Destination/ Lieu de destination :
I.11. Exporting Site/ Lieu de chargement Address/ Adresse:		I.12. Departure Date / Date du départ:
I.13. Modes of Transportation/ Moyens de transport Plane/Avion <input type="checkbox"/> Ship/ Navire <input type="checkbox"/> Freight car/ wagons de marchandises <input type="checkbox"/> Truck/Camion <input type="checkbox"/> Other/ Autre <input type="checkbox"/> Identification Information/ Identification information:		
I.14. Product Temperature/Température produits Ambient/ Ambiante <input type="checkbox"/> Refrigerated/ Réfrigérée <input type="checkbox"/> Frozen/ Congelée <input type="checkbox"/>	I.15. Total Net weight/ Poids net total:	I.16. Total Number of Parcels/ Nombre total de conditionnements:
I.17. See below (voir ci-dessous)		
I.18. Merchandise Certified for/Marchandises certifiées aux fins de Human Consumption/Consommation humaine <input checked="" type="checkbox"/> Animal Consumption/Alimentation animale <input type="checkbox"/> Other/Autre <input type="checkbox"/>		



I.19. Merchandise Information/Identification des marchandises

Name of Product/Nom du produit				
Type of Processing/Type de traitement				
Processing Site/Atelier de transformation				
Number of Parcels/Nombre de conditionnements				
Type of Parcel/Type de conditionnement				
Net Weight/Poids net				
Lot Number/numéro de lot				
Production Date/Date de production				
Expiration Date/Date de péremption				

**Health Information/ Renseignements sanitaires:**

I, the undersigned FSIS certifying official, certify that the egg products described on the export certificate of wholesomeness meet the following health conditions/ Je soussigné, agent de certification du FSIS, certifie que les ovo-produits décrits sur le certificat d'exportation de salubrité répondent aux conditions de sante suivantes;

**And/Et**

The birds from which the eggs or egg products were derived, were not slaughtered as part of a federal disease eradication program for poultry/ Les volailles, dont sont issus les œufs ou les ovo-produits, n'ont pas été abattues dans le cadre d'un programme fédéral d'éradication des maladies pour les volailles.

**A. Avian Influenza/ Influenza aviaire:**

1. In the United States, avian influenza (AI), as defined by the World Organization for Animal Health (OIE), is notifiable, and an ongoing avian influenza awareness program is in place, and a surveillance program is in place that meets or exceeds the recommendations of OIE for AI, as defined by OIE/ Aux États-Unis, l'influenza aviaire (IA) telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé animale





United States Food Safety Washington, DC  
Department of and Inspection 20250  
Agriculture Service

(OIE) est à déclaration obligatoire, un programme permanent de sensibilisation à l'influenza aviaire est en place, et un programme de surveillance est en place qui respecte ou dépasse les recommandations de l'OIE pour l'influenza aviaire telle que défini par l'OIE.

2. The egg products were derived from shell eggs/ Les ovo-produits ont été dérivés d'œufs en coquille:
    - a) From birds that were kept, for at least the past 21 days, in an establishment located in a zone that is free of avian influenza as defined by OIE that is not within 100 km of an establishment (flocks or hatcheries) infected with highly pathogenic avian influenza, and 10 km of an establishment (flocks or hatchery) infected with low pathogenic avian influenza (as defined by OIE), and where there is no epidemiological link that results in avian influenza as defined by OIE, in poultry that has been reported within the last 90 days;/ Proviennent des volailles qui Ont séjourné, au cours des 21 derniers jours, dans un établissement situé, dans une zone indemne de l'influenza aviaire telle que définie par l'OIE, et qui n'est pas située à moins de 100 km à partir d'un établissement (élevages ou couvoirs) infecté par l'influenza aviaire hautement pathogène et pas à moins de 10 km à partir d'un établissement (élevages ou couvoirs) infecté par l'influenza aviaire faiblement pathogène (telle que définie par OIE) et où il n'y a pas de lien épidémiologique ayant causé l'apparition de l'influenza aviaire, telle que définie par l'OIE chez la volaille, qui a été déclarée au cours des 90 derniers jours.
- Or/Ou
- b) The egg products have been treated to ensure the destruction of the avian influenza virus, in accordance with OIE recommendations on avian influenza/ Les ovo-produits ont été traités pour assurer la destruction du virus de l'influenza aviaire, conformément aux recommandations de l'OIE en matière d'influenza aviaire.

**B. Newcastle Disease/La maladie de Newcastle:**

1. The egg products were derived from shell eggs/ Les ovo-produits ont été dérivés d'œufs en coquille:
    - a) From birds that were kept, for at least the past 21 days, in an establishment located in a zone free of Newcastle Disease as defined by OIE at least 25 km from an outbreak of Newcastle Disease, as defined by OIE./ Proviennent des volailles qui Ont séjourné, au cours des 21 derniers jours, dans un établissement situé dans une zone indemne de la maladie de Newcastle, telle que définie par l'OIE à au moins 25 km d'un foyer de maladie de Newcastle, telle que définie par l'OIE.
- Or/Ou
- b) The egg products have been treated to ensure the destruction of Newcastle disease virus, in accordance with OIE recommendations/ Les ovo-produits ont été traités pour assurer la destruction du virus de la maladie de Newcastle, conformément aux recommandations de l'OIE.

**C. The egg products satisfy the following requirements/ Les ovo-produits satisfont aux exigences suivantes:**

1. Were prepared in accordance with U.S. regulations to ensure the production of safe and wholesome egg products/ Ont été préparés conformément à la réglementation des États-Unis pour assurer la production d'ovo-produits salubre et sains.

Page 3 of 4



United States  
Department of  
Agriculture

Food Safety  
and Inspection  
Service

Washington, DC  
20250

2. Were handled in a hygienic manner in accordance with the requirements of the United States, including the necessary precautions to avoid product contamination/ Ont été manipulés de manière hygiénique conformément aux exigences des États-Unis, y compris les précautions nécessaires pour éviter la contamination du produit.
3. Contain no unauthorized preservatives or other additives or food coloring. Contain no harmful residues of antibiotics, coccidiostatic substances, pesticides, medications or environmental contaminants according to the national residue program/ Ils ne contiennent ni conservateurs non autorisés ni autres additifs ou colorants alimentaires. Ils ne contiennent pas de résidus nocifs d'antibiotiques, de substances coccidiostatiques, de pesticides, de médicaments ou contaminants de l'environnement conformément au programme national des résidus.
4. Are compliant with the microbiological criteria applicable to egg products, in accordance with the regulations in force in the United States for safe and wholesome egg products/ Sont conformes aux critères microbiologiques applicables aux ovo-produits, conformément à la réglementation sanitaire en vigueur aux États-Unis relative à la sécurité et la salubrité des ovo-produits.
5. Were prepared and packaged in FSIS inspected establishments accredited by the central competent authority/ Ont été préparés et emballés dans des établissements inspectés par le FSIS et accrédités par l'autorité centrale compétente.
6. Were transported using equipment that fulfills the health requirements for the transport of perishable goods/ Ont été transportés avec des équipements satisfaisant aux exigences sanitaires pour le transport des denrées périssables.

Signature of FSIS Certifying Official/

Signature du représentant officiel du FSIS: \_\_\_\_\_

Printed Name/ Nom imprimé: \_\_\_\_\_

Title/Professional Degree/ Titre/diplôme professionnel: \_\_\_\_\_

<b>I.17. This Section to Be Completed By Exporter/Shipper/Cette section est à remplir par l'exportateur/expéditeur</b>	
Container Number/ Numéro de conteneur:	Seal Number/ Numéro de scellé:
<b>I Certify That The Above Information Is True/Je certifie que les informations ci-dessus mentionnées sont authentiques</b>	
Signature/Signature:	Shipping Date/Date d'embarquement:

Model Certificate #6: Model of Veterinary Sanitary Certificate for Importing Breeding Cattle

Certificat sanitaire N°:  
Health Certificate N°

**MODÈLE DE CERTIFICAT SANITAIRE VÉTÉRINAIRE RELATIF À L'IMPORTATION DE BOVINS  
REPRODUCTEURS À PARTIR DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE VERS LE ROYAUME DU MAROC  
MODEL OF VETERINARY SANITARY CERTIFICATE FOR IMPORTING BREEDING CATTLE FROM THE  
UNITED STATES OF AMERICA TO THE KINGDOM OF MOROCCO**

1. **MINISTÈRE / MINISTRY:** *United States Department of Agriculture (USDA)*
2. **AGENCE / AGENCY:** *Animal Plant Health Inspection Service (APHIS), Veterinary Services*
3. **PROVENANCE DES BOVINS / ORIGIN OF ANIMALS:**
  - État de provenance des animaux / *State of origin of the cattle:*
  - Nom et adresse de l'élevage de provenance / *Name and address of the premises of origin:*
  - Nom et adresse de l'expéditeur / *Name and address of the consigner:*
4. **DESTINATION DES BOVINS / DESTINATION OF CATTLE:**
  - Adresse de l'établissement de destination / *Address of the Establishment of destination:*
  - Nom et adresse du destinataire / *Name and address of the consignee:*
5. **IDENTIFICATION DES BOVINS (voir annexe ou tableaux supplémentaires joints à ce certificat) / IDENTIFICATION OF CATTLE (see appendix or additional tables attached to this certificate)**
6. **MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS / TRANSPORTATION MEANS USED:**
  - Nature et identification du moyen de transport (camion, bateau, avion, autre (préciser) / *Type and identification of the means of transport (truck, vessel, plane, other (specify)):*
  - État et lieu d'embarquement / *State and port of loading:*
7. **RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CERTIFIÉS / CERTIFICATION STATEMENTS:**
  - A. Les États-Unis sont indemnes de la péripneumonie contagieuse des bovins, de la fièvre aphteuse, de la dermatose nodulaire bovine, de la fièvre de la Vallée du Rift, de la peste des petits ruminants et de la peste bovine selon le Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). / *The United States is free of contagious bovine pleuropneumonia, foot-and-mouth disease, contagious nodular dermatosis (lumpy skin disease), Rift Valley fever, plague of small ruminants (peste des petits ruminants) and rinderpest in accordance with the Terrestrial Animal Health Code of the World Organization for Animal Health (OIE).*
  - B. Les États-Unis n'ont jamais déclaré de cas du virus de Schmallenberg. / *The United States has never reported a case of Schmallenberg disease.*
  - C. Les États-Unis est un pays à risque négligeable d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) selon le Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *The United States is recognized by the OIE as a country having negligible bovine spongiform encephalopathy (BSE), risk according to the Terrestrial Animal Health Code.*
    - a) L'ESB est une maladie à déclaration obligatoire aux États-Unis. / *BSE is a reportable disease in the United States.*
    - b) L'importation de farine de viande, d'os et de cretons de ruminants en provenance d'autres pays est interdite, exception faite des pays à risque d'ESB négligeable. / *The importation of ruminant bone meal or meat meal from other countries is prohibited, except those with negligible BSE risk.*



- c) Aux États-Unis, il y a un programme de surveillance de l'ESB efficace et permanent ainsi, conformément au Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *In the United States, there is an effective and permanent surveillance program for BSE according to the Terrestrial Animal Health Code of OIE.*
- d) Aux États-Unis, tous les cas d'ESB sont identifiés de façon permanente, et leurs mouvements sont contrôlés, et ils sont abattus, ou au décès, sont complètement détruits conformément au Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *In the United States, all BSE cases are permanently identified, and their movements controlled, and are slaughtered, or at death, are completely destroyed according to the Terrestrial Animal Health Code of OIE.*
- D. Les bovins exportés proviennent de troupeaux : / *Exported cattle originate from herds:*
- a) Officiellement indemnes de la brucellose bovine et de la tuberculose bovine. / *Officially free of bovine brucellosis, and free of bovine tuberculosis.*
- b) Indemnes de leucose bovine enzootique dans lesquels aucun cas clinique (absence de signe cliniques et d'évidence de laboratoire diagnostique) de leucose bovine enzootique n'a été déclaré au cours des deux (2) dernières années. / *Free of enzootic bovine leukosis in which no clinical cases (absence of clinical signs and diagnostic laboratory evidence) of enzootic bovine leukosis has been reported in the past two (2) years.*
- c) Dans lequel aucun cas clinique de paratuberculose, de trichomonose, de campylobactériose ou de charbon bactérien n'a été constaté au cours des douze derniers mois. / *In which, no clinical cases of paratuberculosis, trichomoniasis, campylobacteriosis or anthrax have been diagnosed in the last twelve (12) months.*
- d) Aucun cas d'ESB n'y a été constaté. / *No cases of BSE were found.*
- e) Indemnes de cas cliniques (absence de signe cliniques et d'évidence de laboratoire diagnostique) d'IBR depuis au moins un an. / *Has been free of clinical cases (absence of clinical signs and diagnostic laboratory evidence) of IBR for at least one year.*
- E. Les bovins exportés sont nés et élevés aux États-Unis et au sein de cheptels conformes au point C. / *Exported cattle were born and raised in the United States and within herds in accordance with point C.*
- F. Les bovins exportés ne sont pas nés de mères atteintes d'ESB. / *Exported cattle were not born from mothers infected with BSE.*
- G. Les bovins destinés à l'exportation ne font pas l'objet d'une élimination dans le cadre de programmes officiels de contrôle et d'éradication des maladies animales contagieuses et proviennent d'exploitations qui n'ont pas été soumises à une période de quarantaine pour une maladie contagieuse au cours des 6 derniers mois. / *The cattle for export are not subject to elimination under official contagious animal disease control/eradication program(s), and they originate from farms, which have not been subjected to quarantine for contagious disease in the last six (6) months.*
- H. Les bovins exportés sont identifiés par un système d'identification permanent de façon à démontrer que les bovins ne sont pas exposés, comme décrit dans le Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *Cattle for export are identified by a permanent identification system in such a way as to demonstrate that they are not exposed cattle as described in the OIE Terrestrial Animal Health Code.*
- I. Les bovins n'ont pas été vaccinés contre la fièvre aphteuse. / *Cattle have not been vaccinated against foot-and-mouth disease.*
- J. Les animaux exportés sont nés après l'application effective de la réglementation interdisant l'alimentation des ruminants avec des farines de viande, d'os et de cretons provenant de ruminants. / *The exported animals*



were born after the effective application of the regulatory ban was effectively enforced on feeding of ruminants with meat-and-bone meal and greaves derived from ruminants.

K. Les bovins ont été maintenus en isolement dans des locaux agréés par l'USDA, autorité vétérinaire officielle compétente, pendant au moins 30 jours avant leur exportation. Au cours de cette période ainsi que pendant leur transport vers le Maroc, ils n'ont été en contact qu'avec des animaux ayant le même statut sanitaire. / *The cattle were isolated in facilities approved by the USDA, the official competent veterinarian authority, for at least 30 days prior to their export. During this period, and during their transport to Morocco, they were in contact only with animals of the same health status.*

L. Les animaux ont été soumis aux protocoles sanitaires suivants : / *Animals were subject to the following health protocols:*

a) Tuberculose / *Tuberculosis*

Les bovins ont été soumis à un test de dépistage de la tuberculose bovine par intradermo-tuberculation au cours des 60 jours précédant l'exportation, avec des résultats négatifs. / *The cattle have been tested using an intradermal tuberculin test during the 60 days prior to export, with negative results.*

Date du test / *Date of test:* \_\_\_\_\_

b) Brucellose / *Brucellosis*

Les bovins sont testés pour la brucellose dans les 30 jours avant l'exportation, avec des résultats négatifs, par l'un des protocoles suivants : / *The cattle are tested for brucellosis during the 30 days prior export, with negative results, by one of the following protocols:*

- i. Test de fixation du complément (CFT) avec un titre de moins de 20 ICFTU/ml et un test d'antigène brucellique tamponné (BBAT) <sup>(1)</sup> OU / *Complement fixation test (CFT) with a titer of less than 20 ICFTU/ml and a buffered brucella antigen test (BBAT); <sup>(1)</sup> OR*
- ii. Deux tests d'antigènes brucelliques tamponnés (BBAT) à 15 jours d'intervalle <sup>(1)</sup> OU / *Two buffered brucella antigen tests (BBAT) 15 days apart; <sup>(1)</sup> OR*
- iii. Un test ELISA <sup>(1)</sup> / *One ELISA test. <sup>(1)</sup>*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date(s) of sampling:* \_\_\_\_\_

Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

c) Leucose bovine enzootique / *Enzootic Bovine Leukosis*

- i. Les bovins ont été soumis à deux prélèvements de sang pour la recherche de la leucose effectués à un intervalle d'au moins 30 jours d'intervalle, pour la recherche de la leucose bovine enzootique par épreuve ELISA (pour gp51), avec des résultats négatifs. Le premier prélèvement a été effectué au niveau de l'exploitation d'origine et le deuxième au cours de la période d'isolement. / *The cattle were tested twice for enzootic bovine leukosis at an interval of at least 30 days, by an ELISA (for gp51), with negative results. The first sampling was carried out at the level of the farm of origin, and the second test during the period of isolation.*

Date du prélèvement de l'échantillon, test 1 / *Date of sampling, test 1:* \_\_\_\_\_

Date du prélèvement de l'échantillon, test 2 / *Date of sampling, test 2:* \_\_\_\_\_

**NOTE :** Le premier test effectué aux États-Unis est réalisé au moins trois mois avant la date d'embarquement vers le Maroc. **NOTE:** The first test in the United States is performed at least three months from the date of embarkation to Morocco.

**d) Paratuberculose / Paratuberculosis**

Les bovins ont été soumis au cours des 30 jours à un prélèvement de sang pour la recherche de la paratuberculose, avec résultat négatif, par épreuve ELISA ou par fixation de complément à une dilution de 1/8, avec des résultats négatifs. / *The cattle were tested for paratuberculosis, by either an ELISA or complement fixation test (CFT) at a dilution of 1/8, during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling*: \_\_\_\_\_

Type de test / *Type of test*: \_\_\_\_\_

**e) Rhinotrachéite infectieuse bovine/Vulvovaginite pustuleuse infectieuse (IBR/IPV) / Infectious Bovine Rhinotracheitis / Infectious Pustular Vulvovaginitis (IBR/IPV)**

- i. Les bovins ont été testés deux fois, à 21 jours d'intervalle, pour IBR / IPV avec un test ELISA, effectué pendant les 30 jours précédant l'exportation, avec des résultats négatifs. / *The cattle were tested twice, 21 days apart, for IBR/IPV with an ELISA test, performed during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon, test 1 / *Date of sampling, test 1*: \_\_\_\_\_

Date du prélèvement de l'échantillon, test 2 / *Date of sampling, test 2*: \_\_\_\_\_

OU / *OR*<sup>(1)</sup>

- ii. Les bovins ont été vaccinés contre la IBR avec un vaccin inactivé et ont reçu une vaccination de rappel moins de 6 mois et plus de 3 semaines avant l'exportation. / *The cattle were vaccinated against IBR with an inactivated vaccine, and received a booster vaccination less than 6 months and more than 3 weeks prior to export.*

Date de vaccination de rappel / *Date of booster vaccination*: \_\_\_\_\_

**f) Stomatite vésiculeuse / Vesicular Stomatitis**

- i. Les bovins ne présentent aucun signe clinique de stomatite vésiculeuse le jour de leur expédition. / *The cattle will show no clinical signs of vesicular stomatitis on the day of shipment; ET / AND*
- ii. Les bovins ont séjourné au cours des 3 derniers mois ayant précédé l'expédition dans une exploitation dans laquelle aucun cas de stomatite vésiculeuse n'a été déclaré officiellement au cours des 3 derniers mois. / *The cattle have resided for the last three (3) months prior to shipment on a premise where no cases of vesicular stomatitis were officially reported during the last three (3) months; ET / AND*
- iii. Les bovins ont été protégés de façon mécanique ou chimique des insectes vecteurs pendant leur période de quarantaine et leur transport au lieu d'expédition. / *The cattle were mechanically or chemically (i.e. topical insect repellent application) protected against insect vectors during the isolation period, and the transport to the place of shipment; ET / AND*
- iv. Les bovins ont été soumis à un prélèvement de sang pour la recherche de la stomatite vésiculeuse, avec résultat négatif, par une épreuve ELISA ou par neutralisation virale au cours des 30 jours précédant l'exportation, avec des résultats négatifs. / *The cattle were tested for vesicular stomatitis, by an ELISA or viral neutralization test, during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling*: \_\_\_\_\_

Type de test / *Type of test*: \_\_\_\_\_

g) Fièvre catarrhale du mouton (FCO) / *Bluetongue Virus (BTV)*

Les bovins ont été traités contre les insectes vecteurs potentiels de la fièvre catarrhale du mouton (FCO) par des insecticides à longue durée d'action dont l'utilisation est autorisée aux États-Unis et en suivant les recommandations du fabricant, pour ce qui est de la durée de protection depuis le départ de l'exploitation d'origine, pendant toute la durée de l'isolement, jusqu'à la date d'exportation, sans interruption de la couverture de protection; / *The cattle were treated against potential BTV insect vectors with long acting insect repellents approved for use in the United States, and following manufacturers' recommendations, for the duration of protection from the time of departure from the farm of origin, during the entire length of the isolation, through the time of export, with no lapse in protection coverage;*

ET / AND

- i. Les bovins ont été soumis à un prélèvement de sang pour la recherche de la fièvre catarrhale du mouton, avec résultat négatif par une épreuve sérologique pour la recherche des anticorps spécifiques du groupe du virus de la FCO effectué au moins 21 jours après leur introduction dans la station de quarantaine / *The cattle were tested for bluetongue by a serological test for the detection of antibodies (AGID or ELISA) specific to the group of the BTV, carried out at least 21 days after their introduction into the quarantine station during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

OU / OR<sup>(1)</sup>

- ii. Ont été soumis à un prélèvement de sang pour effectuer une épreuve d'isolement de l'agent ou un test PCR réalisée au moins 14 jours après leur introduction dans la station de quarantaine, avec des résultats négatifs. / *The cattle were tested by virus isolation or PCR test, at least 14 days after the start of isolation, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

h) Trichomonose et Campylobactériose / *Campylobacter and Trichomoniasis*:

- i. Les mâles n'ont jamais été utilisés pour la monte naturelle. / *Males have never been used for natural service.*

OU / OR<sup>(1)</sup>

- ii. Les mâles ont subi un test de dépistage de la trichomonose et de la campylobactériose génitale bovine sur prélèvements préputiaux, avec des résultats négatifs. / *Males were tested for trichomoniasis and bovine genital campylobacteriosis on preputial specimens, with negative results.*

Date du prélèvement préputial / *Date of preputial sampling:* \_\_\_\_\_  
Nature du test / *Method of the test:* \_\_\_\_\_

i) Diarrhée virale bovine/Maladie des muqueuses (BVD/MD) / *Bovine Viral Diarrhea / Mucosal Disease (BVD/MD)*

- i. Les bovins ont subi un test de dépistage de la BVD/MD par isolement du virus ou par détection de l'antigène par PCR ou ELISA, avec des résultats négatifs. / *Cattle were tested for BVD/MD by detection of the antigen by virus isolation or by PCR or ELISA, with negative results.*

Date du prélèvement / *Date of collection:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

OU / OR<sup>(1)</sup>

- ii. Les bovins destinés à l'exportation ont été vaccinés contre la BVD / MD, conformément aux recommandations du fabricant, avec un vaccin inactivé homologué aux États-Unis. / *Cattle for export were vaccinated against BVD/MD, following manufacturer's recommendations, with an inactivated vaccine licensed for use in the United States.*
- M. Les bovins sont transportés au lieu d'embarquement et depuis le lieu d'embarquement jusqu'au Maroc par des moyens de transport nettoyés et désinfectés par l'emploi de méthodes dont l'utilisation est autorisée aux États-Unis. / *The cattle are transported to the port of embarkation, and from the port of embarkation to the Morocco, in conveyances that have been cleaned and disinfected, using methods approved for use in the United States.*
- N. Sont joints au présent Certificat sanitaire vétérinaire : / *Attached to this veterinary health certificate:*
- Certificat d'embarquement, délivré par un vétérinaire officiel de l'USDA/APHIS au lieu de chargement et précisant : / *Embarkation Certificate : Issued by a USDA/APHIS veterinarian at the port of embarkation and showing :*
    - Le nom et l'adresse du destinataire / *Name, and address of the consignee.*
    - Le nom et l'adresse de l'expéditeur / *Name, and address of the consigner.*
    - Le nombre, l'espèce et la race des bovins devant être exportés / *The number, species, and breed of cattle to be shipped.*
    - Une déclaration établissant que les bovins ont été soigneusement inspectés au lieu d'embarquement, dans les 24 heures précédant le chargement, ont été déclarés en bonne santé et ne présentaient aucun signe clinique de maladie contagieuse / *A statement that cattle have been given a careful inspection, at the embarkation site, within 24 hours of loading, and found to be in good health and showed no sign of contagious disease.*
- O. Les analyses ont été effectuées dans un laboratoire agréé par les Services Vétérinaires et leurs bulletins sont joints au présent certificat. / *The tests were conducted in a laboratory approved by the veterinary services and the laboratory reports are included with this certificate.*

<sup>(1)</sup>: Biffer la mention inutile / *Cross out what does not apply*

Nom en caractères d'imprimerie du vétérinaire agréé par l'USDA / *Printed name of USDA accredited veterinarian*

\_\_\_\_\_

Signature du vétérinaire agréé par l'USDA / *Signature of USDA accredited veterinarian*



Date / *Date*

\_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / *Printed name of USDA Veterinary Medical Officer*

\_\_\_\_\_

Titre et adresse de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / *Title and Address of USDA Veterinary Medical Officer*

\_\_\_\_\_

Signature de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / *Signature of USDA Veterinary Medical Officer*

\_\_\_\_\_

Date / *Date*

\_\_\_\_\_



Model Certificate #7: Model of Veterinary Sanitary Certificate for Importing Fattening Cattle

Certificat sanitaire N°:  
Health Certificate N°

**MODÈLE DE CERTIFICAT SANITAIRE VÉTÉRINAIRE RELATIF À L'IMPORTATION DE BOVINS  
D'ENGRAISSEMENT À PARTIR DES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE VERS LE ROYAUME DU MAROC**  
**MODEL VETERINARY HEALTH CERTIFICATE FOR IMPORTING FATTENING CATTLE**  
**FROM UNITED STATES OF AMERICA TO THE KINGDOM OF MOROCCO**

1. **MINISTÈRE / MINISTRY:** *United States Department of Agriculture (USDA)*
2. **AGENCE / AGENCY:** *Animal Plant Health Inspection Service (APHIS), Veterinary Services*
3. **PROVENANCE DES BOVINS / ORIGIN OF ANIMALS:**
  - État de provenance des animaux / *State of origin of the cattle:* \_\_\_\_\_
  - Nom et adresse de l'élevage de provenance / *Name and address of the premises of origin:* \_\_\_\_\_
  - Nom et adresse de l'expéditeur / *Name and address of the consigner:* \_\_\_\_\_
4. **DESTINATION DES BOVINS / DESTINATION OF CATTLE:**
  - Adresse de l'établissement de destination / *Address of the establishment of destination:* \_\_\_\_\_
  - Nom et adresse du destinataire / *Name and address of the consignee:* \_\_\_\_\_
5. **IDENTIFICATION DES BOVINS (voir annexe ou tableaux supplémentaires joints à ce certificat) / IDENTIFICATION OF CATTLE (see appendix or additional tables attached to this certificate)**
6. **MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS / TRANSPORTATION MEANS USED:**
  - Nature et identification du moyen de transport (camion, bateau, avion, autre (préciser) / *Type and identification of the means of transport (truck, vessel, plane, other (specify):* \_\_\_\_\_
  - État et lieu d'embarquement / *State and port of loading:* \_\_\_\_\_
7. **RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CERTIFIÉS / CERTIFICATION STATEMENTS:**
  - A. Les États-Unis sont indemnes de la péripneumonie contagieuse des bovins, de la fièvre aphteuse, de la dermatose nodulaire bovine, de la fièvre de la Vallée du Rift, de la peste des petits ruminants et de la peste bovine selon le Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). / *The United States is free of contagious bovine pleuropneumonia, foot-and-mouth disease, contagious nodular dermatosis (lumpy skin disease), Rift Valley fever, peste des petits ruminants and rinderpest in accordance with the Terrestrial Animal Health Code of the World Organization for Animal Health (OIE).*
  - B. Les États-Unis n'ont jamais déclaré de cas du virus de Schmallenberg. / *The United States has never reported a case of Schmallenberg disease.*
  - C. Les États-Unis est un pays à risque négligeable d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) selon le Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE / *The United States is recognized as a negligible risk country of bovine spongiform encephalopathy (BSE), according to the Terrestrial Animal Health Code of OIE.*
    - a) L'ESB est une maladie à déclaration obligatoire aux États-Unis. / *BSE is a reportable disease in the United States.*
    - b) L'importation de farine de viande, d'os et de cretons de ruminants en provenance d'autres pays est interdite, exception faite des pays à risque d'ESB négligeable. / *The importation of ruminant bone meal or meat meal from other countries is prohibited, except those with negligible BSE risk.*

Certificat sanitaire N°:  
Health Certificate N°

- c) Aux Etats Unis, il y a un programme de surveillance de l'ESB efficace et permanent ainsi, conformément au Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *In the United States, there is an effective and permanent surveillance program for BSE, according to the Terrestrial Animal Health Code of OIE.*
- D. Les bovins exportés proviennent de troupeaux : / *Exported cattle originate from herds:*
- a- Officiellement indemnes de la brucellose bovine et de la tuberculose bovine. / *Officially free of bovine brucellosis, and free of bovine tuberculosis.*
  - b- Indemnes de leucose bovine enzootique dans lesquels aucun cas clinique (absence de signe cliniques et d'évidence de laboratoire diagnostique) de leucose bovine enzootique n'a été déclaré au cours des deux (2) dernières années. / *Free of enzootic bovine leukosis in which no clinical cases (absence of clinical signs and diagnostic laboratory evidence) of enzootic bovine leukosis has been reported in the past two (2) years*
  - c- Dans lequel aucun cas clinique de paratuberculose, de trichomonose, de campylobactériose ou de charbon bactérien n'a été constaté au cours des douze derniers mois / *In which no clinical cases of paratuberculosis, trichomoniasis and genital campylobacter or anthrax have been diagnosed in the last twelve (12) months;*
  - d- Aucun cas d'ESB n'y a été constaté / *No cases of BSE were found;*
  - e- Indemnes de cas cliniques (absence de signe cliniques et d'évidence de laboratoire diagnostique) d'IBR depuis au moins un an. / *Has been free of clinical cases (absence of clinical signs and diagnostic laboratory evidence) of IBR for at least one year.*
- E. Les bovins exportés sont nés et élevés aux États-Unis et au sein de cheptels conformes au point C / *Exported cattle were born and raised in the United States and within herds in accordance with point C.*
- F. Les bovins exportés ne sont pas nés de mères atteintes d'ESB / *Exported cattle were not born from mothers infected with BSE.*
- G. Les bovins destinés à l'exportation ne font pas l'objet d'une élimination dans le cadre de programmes officiels de contrôle et d'éradication des maladies animales contagieuses et proviennent d'exploitations qui n'ont pas été soumises à une période de quarantaine pour une maladie contagieuse au cours des 6 derniers mois / *The cattle for export are not subject to elimination under official contagious animal disease control/eradication program, and they originate from farms, which have not been subjected to quarantine for contagious disease in the last six (6) months;*
- H. Les bovins exportés sont identifiés par un système d'identification permanent de façon à démontrer que les bovins ne sont pas exposés, comme décrit dans le Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *Cattle for export are identified by a permanent identification system in such a way as to demonstrate that they are not exposed cattle as described in the OIE Terrestrial Animal Health Code.*
- I. Les bovins n'ont pas été vaccinés contre la fièvre aphteuse / *Cattle have not been vaccinated against foot-and-mouth disease.*
- J. Les animaux exportés sont nés après l'application effective de la réglementation interdisant l'alimentation des ruminants avec des farines de viande, d'os et de cretons provenant de ruminants. / *The exported animals were born after the effective application of the regulatory ban was effectively enforced on feeding of ruminants with meat and bone meal and greaves derived from ruminants.*
- K. Les bovins ont été maintenus en isolement dans des locaux agréés par l'USDA, autorité vétérinaire officielle compétente, pendant au moins 30 jours avant leur exportation. Au cours de cette période ainsi que pendant leur transport vers le Maroc, ils n'ont été en contact qu'avec des animaux ayant le même statut sanitaire / *The cattle were isolated in approved facilities by the USDA, the official competent veterinarian authority, for at least 30 days prior to their export. During this period, and during their transport to Morocco, they were in contact only with animals of the same health status.*

L. Les animaux ont été soumis aux protocoles de santé suivants : / *Animals were subject to the following health protocols*

a) Tuberculose / *Tuberculosis*

Les bovins ont été soumis à un test de dépistage de la tuberculose bovine par intradermo-tuberculation au cours des 60 jours précédant l'exportation, avec des résultats négatifs / *The cattle were tested using an intradermal tuberculin test during the 60 days prior to export, with negative results.*

Date du test / *Date of test:* \_\_\_\_\_

b) Brucellose / *Brucellosis*

Les bovins sont testés pour la brucellose dans les 30 jours avant l'exportation, avec des résultats négatifs, par l'un des protocoles suivants : / *The cattle are tested for brucellosis during the 30 days prior export, with negative results, by one of the following protocols:*

- i. Test de fixation du complément (CFT) avec un titre de moins de 20 ICFTU/ml et un test d'antigène brucellique tamponné (BBAT) <sup>(1)</sup> OU / *Complement fixation test (CFT) with a titer of less than 20 ICFTU/ml and a buffered brucella antigen test (BBAT); <sup>(1)</sup> OR*
- ii. Deux tests d'antigènes brucelliques tamponnés (BBAT) à 15 jours d'intervalle <sup>(1)</sup> OU / *Two buffered brucella antigen tests (BBAT) 15 days apart; <sup>(1)</sup> OR*
- iii. Un test ELISA <sup>(1)</sup> / *One ELISA test. <sup>(1)</sup>*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date(s) of sampling:* \_\_\_\_\_

Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

c) Rhinotrachéite infectieuse bovine/Vulvovaginite pustuleuse infectieuse (IBR/IPV) / *Infectious Bovine Rhinotracheitis / Infectious Pustular Vulvovaginitis (IBR/IPV)*

- i. Les bovins ont été testés deux fois, à 21 jours d'intervalle, pour IBR / IPV avec un test ELISA, effectué pendant les 30 jours précédant l'exportation, avec des résultats négatifs / *The cattle were tested twice, 21 days apart, for IBR/IPV with an ELISA test, performed during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon, test 1 / *Date of sampling, test 1:* \_\_\_\_\_

Date du prélèvement de l'échantillon, test 2 / *Date of sampling, test 2:* \_\_\_\_\_

OU / *OR* <sup>(1)</sup>

- ii. Les bovins ont été vaccinés contre IBR avec un vaccin inactivé et ont reçu une vaccination de rappel moins de 6 mois et plus de 3 semaines avant l'exportation. / *The cattle were vaccinated against IBR with an inactivated vaccine, and received a booster vaccination less than 6 months and more than 3 weeks prior to export.*

Date de vaccination de rappel / *Date of booster vaccination:* \_\_\_\_\_

d) Stomatite vésiculeuse / *Vesicular Stomatitis*

- i. Les bovins ne présentent aucun signe clinique de stomatite vésiculeuse le jour de leur expédition / *Cattle will show no clinical signs of vesicular stomatitis on the day of shipment; ET / AND*
- ii. Les bovins ont séjourné au cours des 3 derniers mois ayant précédé l'expédition dans une exploitation dans laquelle aucun cas de stomatite vésiculeuse n'a été déclaré officiellement au cours des 3 derniers mois / *The cattle have resided for the last three (3) months prior to export on a premise where no cases of vesicular stomatitis were officially reported during the last three (3) months; ET / AND*
- iii. Les bovins ont été protégés de façon mécanique et chimique des insectes vecteurs pendant leur période de quarantaine et leur transport au lieu d'expédition / *The cattle were protected mechanically or*

*chemically (i.e. topical insect repellent application) against the insect vectors during the isolation period, and the transport to the place of shipment; ET / AND*

- iv. Les bovins ont été soumis à un prélèvement de sang pour la recherche de la stomatite vésiculeuse, avec résultat négatif, par une épreuve ELISA ou par neutralisation virale au cours des 30 jours précédant l'exportation, avec des résultats négatifs. / *The cattle were tested for vesicular stomatitis, by an ELISA or viral neutralization test, during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

**e) Fièvre catarrhale du mouton (FCO) / *Bluetongue Virus (BTV)***

Les bovins ont été traités contre les insectes vecteurs potentiels de la fièvre catarrhale du mouton (FCO) par insecticides à longue durée d'action dont l'utilisation est autorisée aux États-Unis et en suivant les recommandations du fabricant, pour ce qui est de la durée de protection depuis le départ de l'exploitation d'origine, pendant toute la durée de l'isolement, jusqu'à la date d'exportation, sans interruption de la couverture de protection; / *The cattle were treated against potential BTV insect vectors with long acting insect repellents approved for use in the United States, and following manufacturers' recommendations, for the duration of protection from the time of departure from the farm of origin, during the entire length of the isolation, through the time of export, with no lapse in protection coverage;*

**ET / AND**

- i. Les bovins ont été soumis à un prélèvement de sang pour la recherche de la fièvre catarrhale du mouton, avec résultat négatif par une épreuve sérologique pour la recherche des anticorps spécifiques du groupe du virus de la FCO effectué au moins 21 jours après leur introduction dans la station de quarantaine / *The cattle were tested for bluetongue by a serological test for the detection of antibodies (AGID or ELISA) specific to the group of the BTV, carried out at least 21 days after their introduction into the quarantine station during the 30 days prior to export, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

**OU / OR<sup>(2)</sup>**

- ii. Ont été soumis à un prélèvement de sang pour effectuer une épreuve d'isolement de l'agent ou un test PCR réalisée au moins 14 jours après leur introduction dans la station de quarantaine, avec des résultats négatifs. / *The cattle were tested by virus isolation or PCR test, at least 14 days after the start of isolation, with negative results.*

Date du prélèvement de l'échantillon / *Date of sampling:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

**f) Diarrhée virale bovine/Maladie des muqueuses (BVD/MD) / *Bovine Virus Diarrhea/Mucous disease (BVD/MD)***

- i. Les bovins ont subi un test de dépistage de la BVD/MD par isolement du virus ou par détection de l'antigène par PCR ou ELISA, avec des résultats négatifs. / *Cattle were tested for BVD/MD by detection of the antigen by virus isolation or by PCR or ELISA, with negative results.*

Date du prélèvement / *Date of collection:* \_\_\_\_\_  
Type de test / *Type of test:* \_\_\_\_\_

**OU / OR<sup>(2)</sup>**



Certificat sanitaire N°:  
Health Certificate N°

- ii. Les bovins destinés à l'exportation ont été vaccinés contre la BVD / MD, conformément aux recommandations du fabricant, avec un vaccin inactivé homologué aux États-Unis. / *Cattle for export were vaccinated against BVD/MD, following manufacturer's recommendations, with an inactivated vaccine licensed for use in the United States.*
- M. Les bovins sont transportés au lieu d'embarquement et depuis le lieu d'embarquement jusqu'au Maroc par des moyens de transport nettoyés et désinfectés par l'emploi de méthodes dont l'utilisation est autorisée aux États-Unis / *The cattle are transported to the port of embarkation, and from the port of embarkation to Morocco, in conveyances that have been cleaned and disinfected, using methods approved for use in the United States.*
- N. Sont joints au présent Certificat sanitaire vétérinaire / *Attached to this veterinary health certificate are:*
- Certificat d'embarquement, délivré par un vétérinaire officiel de l'USDA/APHIS au lieu de chargement et précisant / *Embarkation Certificate : Issued by a USDA/APHIS veterinarian at the port of embarkation and showing :*
    - Le nom et l'adresse du destinataire / *Name, and address of the consignee.*
    - Le nom et l'adresse de l'expéditeur / *Name, and address of the consigner.*
    - Le nombre, l'espèce et la race des bovins devant être exportés / *The number, species, and breed of cattle to be shipped.*
    - Une déclaration établissant que les bovins ont été soigneusement inspectés au lieu d'embarquement, dans les 24 heures précédant le chargement, ont été déclarés en bonne santé et ne présentaient aucun signe clinique de maladie contagieuse / *A statement that cattle have been given a careful inspection, in the embarkation site, within 48 hours of loading and found to be in good health and showed no sign of contagious disease.*
- O. Les analyses ont été effectuées dans un laboratoire agréé par les services vétérinaires et leurs bulletins sont joints au présent certificat. / *The tests were conducted in a laboratory approved by the veterinary services and the laboratory reports are included with this certificate.*

(1) Biffer la mention inutile / *Cross out what does not apply*

Nom en caractères d'imprimerie du vétérinaire agréé par l'USDA / Printed name of USDA accredited veterinarian

Signature du vétérinaire agréé par l'USDA / Signature of USDA accredited veterinarian

Date / Date

Nom en caractères d'imprimerie de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / Printed name of USDA Veterinary

Medical Officer \_\_\_\_\_

Titre et adresse de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / Title and Address of USDA Veterinary Medical Officer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / Signature of USDA Veterinary Medical Officer

### Model Certificate #8: Bovine Semen

Certificat sanitaire N° / Certificate Number:

[illegible]

N. B. : S'il y a besoin de plus de place, des tableaux séparés peuvent être créés. Ils doivent comporter le numéro du certificat, la signature du vétérinaire agréé par l'USDA et les tampons officiels sur chaque feuillet et être joints au verso de ce certificat. / *If more room is needed, separate tables can be created containing the certificate number, the signature of the USDA accredited veterinarian and official stamps on each sheet and attached to the back of this certificate.*

MODÈLE DE CERTIFICAT SANITAIRE VÉTÉRAIRE  
DEC 2017

Page 1 of 11

Certificat sanitaire N° / Certificate Number: \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SANITAIRES ET VÉTÉRINAIRES: / SANITARY AND VETERINARY INFORMATION:**

Je soussigné, vétérinaire agréé par l'USDA, certifie que les marchandises décrites dans le présent certificat remplissent toutes les conditions sanitaires qui suivent. / I, the undersigned, USDA accredited veterinarian, certify the goods described in this certificate fulfill all the following sanitary conditions.

N. B. : Pour les certifications contenant des possibilités de choix, veuillez biffer les options qui ne s'appliquent pas. / NOTE: For certifications containing 'either/or' statements, please cross out options that do not apply.

**I. LE PAYS: / THE COUNTRY:**

1. Les États-Unis d'Amérique sont un pays indemne de péripneumonie contagieuse bovine, de fièvre aphteuse, de peste bovine, de dermatose nodulaire contagieuse, de peste des petits ruminants et de fièvre de la vallée du Rift, conformément au Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). / The United States of America (USA) is free of contagious bovine pleuropneumonia, foot-and-mouth disease, rinderpest, lumpy skin disease, peste des petits ruminants, and Rift valley fever in accordance with the World Organization for Animal Health (OIE) Terrestrial Animal Health Code.

2. Les États-Unis sont un pays qui dispose d'un système généralisé d'identification des bovins. / The United States is a country with a generalized bovine identification system.

**II. CHEPTEL DE PROVENANCE DES TAUREAUX DONNEURS: / HERD OF ORIGIN OF DONORS:**

Il n'a pas connu de cas cliniques de brucellose ou de tuberculose. / There have been no clinical cases of brucellosis or tuberculosis (TB)

**III. CHEPTEL RÉSIDENT DU CENTRE DE COLLECTE DE SEMENCE: / RESIDENT HERD OF THE SEMEN COLLECTION CENTER**

1. Constitué uniquement de taureaux qui ont été testés avant leur entrée dans le centre de collecte et sont déclarés officiellement indemnes de tuberculose et de brucellose. / Consists solely of bulls that were tested prior to entry to the Center and found to be free of tuberculosis (TB) and brucellosis.

2. Aucun cas de tuberculose, brucellose, IBR/IPV, leucose bovine enzootique ou stomatite vésiculeuse n'a été diagnostiqué dans les 6 mois précédant la collecte de la semence pour l'exportation. / No clinical cases of TB, brucellosis, IBR/IPV, EBL, or Vesicular Stomatitis have been diagnosed in the Center during the 6 months prior to collection of the semen for export.

**IV. CENTRE DE COLLECTE DE SEMENCE: / SEMEN COLLECTION CENTER:**

La semence est collectée dans un centre de collecte de semence qui répond aux conditions suivantes: / The semen is collected from a Center fulfilling the following conditions:

1. Est officiellement agréé par le Service d'inspection zoosanitaire et phytosanitaire (APHIS) du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), qui assure la supervision et le contrôle du centre par un vétérinaire agréé par l'USDA, conformément aux recommandations de l'OIE. / Is officially approved by USDA-APHIS, which ensures the supervision and the control of the Center by a USDA accredited veterinarian, according to recommendations of the OIE Terrestrial Animal Health Code.

2. Les critères d'agrément du centre de collecte de semence sont conformes aux dispositions du Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / The approval criteria of the Center is in compliance with the OIE Terrestrial Animal Health Code.

3. Est supervisé et contrôlé directement par un vétérinaire agréé par l'USDA désigné par le centre de collecte de semence. / Is directly supervised and controlled by a USDA accredited veterinarian designated by the Center.

Certificat sanitaire N° / Certificate Number: \_\_\_\_\_

4. Les conditions applicables au centre de collecte de semence, aux installations réservées à la collecte et au stockage des semences et au laboratoire de traitement des semences répondent aux recommandations de l'OIE. / *The conditions applicable to the Center, the equipment and facilities for semen collection and storage, and to the semen treatment laboratory, are consistent with the OIE Terrestrial Animal Health Code.*

5. est indemne de brucellose et indemne de tuberculose, d'IBR/IPV, de BVD/MD (absence de signes cliniques), de leucose enzootique bovine et de stomatite vésiculeuse et paratuberculose (absence de signes cliniques). / *Is free of brucellosis and bovine tuberculosis, IBR-IPV, bovine viral diarrhoea/mucosal disease (no clinical cases), enzootic bovine leucosis, Vesicular Stomatitis and paratuberculosis (no clinical cases).*

6. est indemne au cours des deux dernières années de trichomonose et de campylobactériose (absence de signes cliniques). / *Is free of trichomonosis and campylobacteriosis, for the past 2 years (no clinical cases).*

7. Est indemne de charbon bactérien (absence de signes cliniques) au cours des 20 jours précédant la collecte de la semence. / *Is free of anthrax (no clinical cases) during the 20 days preceding the semen collection.*

8. N'a pas connu de cas de fièvre Q, de leptospirose, depuis au moins 6 mois avant la collecte de la semence. / *Did not have cases of Q fever, leptospirosis for at least 6 months prior to the semen collection.*

**V. TAUREAUX DONNEURS DU CENTRE DE COLLECTE DE SEMENCE: / DONOR BULLS OF THE SEMEN COLLECTION CENTER:**

1. Sont nés et/ou ont séjourné aux États-Unis au moins au cours des 6 derniers mois ayant précédé la collecte de la semence. / *Were born and/or resided in the United States for at least the last 6 months prior to semen collection.*

2. Ont séjourné dans le centre de collecte de semence depuis au moins 6 mois avant la collecte de la semence faisant l'objet du présent envoi, et tous les bovins résidents dans le centre qui produisent la semence destinée à être exportée vers le Maroc sont soumis, avec résultats négatifs aux épreuves diagnostic pour la recherche des maladies citées à la section IX, au moins annuellement. / *Have resided at the semen collection center for at least 6 months before the semen collected for this shipment and all the resident cattle, producing semen for export to Morocco, are subjected, with negative results, at least annually to disease diagnostic testing as mentioned in section IX below.*

3. Sont identifiés à l'aide d'une boucle auriculaire officielle de l'USDA. / *Are identified with an official USDA ear tag.*

4. N'ont jamais été utilisées pour la monte naturelle. / *Have never been used for natural service ;*

OU\* / OR\*

N'ont jamais été utilisées pour la monte naturelle depuis leur entrée dans le centre de collecte de semence / *Have never been used for natural service since entering the semen collection center.*

5. Ont été examinés au moment de la collecte, ont été déclarés en bon état de santé et ne présentaient aucune lésion de l'appareil génital et aucun signe clinique de maladies contagieuses, notamment, la tuberculose, la brucellose, l'IBR/IPV, la BVD/MD, la trichomonose, la campylobactériose et la leptospirose. / *Were examined at the time of collection, and were found in good health and showed no genital lesions, and no clinical signs of contagious diseases namely tuberculosis, brucellosis, IBR/ IPV, BVD/ MD, trichomoniasis, campylobacter, and leptospirosis.*

**VI. EXAMENS PRATIQUÉS AVANT LEUR INTRODUCTION EN ISOLEMENT DE PR-ENTRÉE: / TESTS PERFORMED PRIOR TO ENTERING PRE-ENTRY ISOLATION:**

Avant leur entrée dans le centre, les taureaux donneurs ont été soumis à un isolement de pré-entrée d'au moins 28 jours et ont été soumis aux tests suivants. / *Prior to entering the Center, donor bulls have completed a pre-entry isolation period of at least 28 days and have undergone following testing regimen :*



1. BRUCELLOSE: / BRUCELLOSIS:

Ont été soumis, avec résultats négatifs, à une épreuve sérologique pour la recherche de la brucellose, conformément aux recommandations de l'OIE. / Have undergone, with negative results, a serological test for bovine brucellosis, according to OIE recommendations;

2. TUBERCULOSE: / TUBERCULOSIS:

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une intradermotuberculation. / Have been subjected, with negative results, to an intradermal tuberculin test (CFT).

3. ENZOOTIC BOVINE LEUKOSIS:

- a.) si les animaux sont âgés de moins de 2 ans: ils sont nés d'une mère utérine qui est sérologiquement négative suite à la recherche de la leucose bovine enzootique par immunodiffusion en gélose ou par la technique ELISA/ If animals are less than 2 years of age, they come from a 'uterine' dam that is serologically negative for enzootic bovine leucosis, using AGID or ELISA;

OU\* / OR\*

- b.) si les animaux sont âgés de 2 ans et plus: ils ont été soumis, avec un résultat négatif, à une épreuve de recherche de la leucose bovine enzootique sur des prélèvements de sang par immunodiffusion en gélose ou par la technique ELISA. / If the animals are 2 years of age or older, have undergone, with negative results, a test for enzootic bovine leucosis performed on blood samples by AGID or ELISA.

4. DIARRHÉE VIRALE BOVINE/MALADIE DES MUQUEUSES (BVD/MD): / BOVINE VIRUS DIARRHEA/MUCOUS DISEASE (BVD/MD):

Ont été soumis à: / Have undergone:

Une épreuve d'isolement du virus ou un test de recherche d'antigènes viraux par la méthode ELISA, avec résultat négatif. / A virus isolation test or a viral antigen test using the ELISA method, with negative result; AND

Une épreuve sérologique par neutralisation virale ou ELISA visant à déterminer la présence ou l'absence d'anticorps. / A serological test by viral neutralization or ELISA in order to determine the presence or absence of antibodies.

- Prior to the initial dispatch of semen from BVD serologically positive bulls, a semen sample from each animal should be subjected to a virus isolation or virus antigen test for BVD. In the event of a positive result, the bull should be removed from the Center and all of its semen destroyed.

5. RHINOTRACHÉITE INFECTIEUSE BOVINE/VULVOVAGINITE PUSTULEUSE INFECTIEUSE (IBR/IPV): / INFECTIOUS BOVINE RHINOTRACHEITIS/INFECTIOUS PUSTULAR VULVOVAGINITIS (IBR/IPV):

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve sérologique, par neutralisation virale ou par ELISA, réalisée sur prélèvement sanguin. / Have undergone, with negative results, a serological test on a blood sample by viral neutralization or ELISA.

6. STOAMTITE VESICULEUSE: / VESICULAR STOMATITIS:

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve sérologique, par neutralisation virale ou par ELISA ou par fixation du complément, réalisée sur prélèvement sanguin. / Have undergone, with negative results, a serological test on a blood sample by virus neutralisation or ELISA or complement fixation.

**VII. DURANT L'ISOLEMENT DE PRE-ENTREE : / DURING PRE-ENTRY ISOLATION:**

Avant leur entrée au centre, les animaux ont été maintenus dans des locaux d'isolement de pré-entrée pendant au moins les 28 derniers jours. Les animaux ont été soumis aux tests décrits ci-dessous au moins 21 jours après leur admission dans les locaux d'isolement de pré-entrée, à l'exception de *Campylobacter fetus* subsp. *venerealis* and *trichomonas foetus*, pour lesquels ont été effectués 7 jours au moins après le début de l'isolement de pré-entrée. / Prior to entering the Center, animals have been kept in a pre-entry isolation facility for at least 28 days. The animals have been tested as described below a minimum of 21 days after entering the pre-entry isolation facility, except for *Campylobacter fetus* subsp. *venerealis* and *Trichomonas foetus*, for which testing may commence after 7 days in pre-entry isolation.

**1. BRUCELLOSE: / BRUCELLOSIS:**

Ont été soumis, avec résultats négatifs, à une épreuve sérologique pour la recherche de la brucellose, conformément aux recommandations de l'OIE. / Have undergone, with negative results, a serological test for bovine brucellosis according to OIE recommendations;

**2. DIARRHÉE VIRALE BOVINE/MALADIE DES MUQUEUSES (BVD/MD): / BOVINE VIRUS DIARRHEA/MUCOUS DISEASE (BVD/MD):**

Ont été soumis : / Have undergone:

Une épreuve d'isolement du virus ou un test de recherche d'antigènes viraux par la méthode ELISA, avec résultat négatif. / A virus isolation test or a viral antigen test, with negative result; AND,

Une épreuve sérologique par neutralisation virale ou ELISA visant à déterminer la présence ou l'absence d'anticorps. / A serological test by viral neutralization or ELISA in order to determine the presence or absence of BVD antibodies.

- Si aucune séroconversion n'est observée chez les animaux qui se sont avérés non réagissants lors des épreuves réalisées avant l'introduction dans la zone d'isolement préalable à l'admission, tous les animaux (réagissants ou non réagissants) pourront être admis dans les installations de collecte de semence. / Only if no seroconversion occurs in the animals which tested seronegative before entry into the pre-entry isolation facility, any animal (seronegative or seropositive) may be allowed entry into the semen collection facilities.
- Si une séroconversion est observée, tous les animaux qui restent non réagissants doivent être maintenus dans la zone d'isolement préalable à l'admission jusqu'à ce qu'aucune séroconversion ne se manifeste dans le groupe d'animaux pendant une période de trois semaines. Les animaux réagissants peuvent être admis à pénétrer dans les installations de collecte de semence. / If a seroconversion occurs, all the animals that remain seronegative should be kept in pre-entry isolation until there is no more seroconversion in the group for a period of three weeks. Serologically positive animals may be allowed entry into the Center.
- Avant de procéder au premier envoi de semence prélevée sur des taureaux possédant des anticorps dirigés contre le virus de la diarrhée virale bovine, une dose de semence provenant de chacun des animaux concernés doit être soumise à une épreuve d'isolement du virus ou à un test destiné à rechercher la présence d'antigènes viraux. En cas de résultat positif, le taureau est retiré du centre, et toute sa semence est détruite. / Prior to the initial dispatch of semen from BVD serologically positive bulls, a semen sample from each animal has been subjected to a virus isolation or virus antigen test for BVD. In the event of a positive result, the bull is removed from the Center and all of its semen destroyed

**3. RHINOTRACHÉITE INFECTIEUSE BOVINE/VULVOVAGINITE PUSTULEUSE INFECTIEUSE (IBR/IPV) : / INFECTIOUS BOVINE RHINOTRACHEITIS/INFECTIOUS PUSTULAR VULVOVAGINITIS (IBR/IPV) :**

Certificat sanitaire N° / Certificate Number: \_\_\_\_\_

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve sérologique, par neutralisation virale ou par ELISA, réalisée sur prélèvement sanguin pour la recherche de l'IBR. / Have undergone, with negative results, a serological test by viral neutralization or ELISA.

Si des animaux ont présenté un résultat positif, ils ont été retirés immédiatement de la station de quarantaine, et les autres animaux inclus dans le même groupe ont été maintenus en quarantaine et soumis, avec résultat négatif, à une nouvelle épreuve réalisée 21 jours au moins après le retrait de l'animal positif. / If animals presented with a positive result, they were immediately removed from the quarantine station and the other animals included in the same group were kept in quarantine and underwent, with negative result, a second test, performed at least 21 days after the removal of the positive animals.

4. CAMPYLOBACTÉRIOSE (*C. fetus* var. *venerealis*) et TRICHOMONOSE (*T. fetus*) : /  
CAMPYLOBACTER (*C. fetus* var. *venerealis*) AND TRICHOMONIASIS (*T. as fetus*):

Ont été soumis, au moins 7 jours après le début de la quarantaine avec résultats négatifs aux tests suivants / Have been subjected, to the following tests with negative results, at least 7 days after the start of isolation :

- a.) Pour les taureaux donneurs qui n'ont jamais été utilisés pour la monte naturelle / For donor bulls that have never been used for natural service :
- i.) Pour les animaux âgés de moins de six mois ou détenus depuis cet âge dans un groupe de même sexe avant la mise en quarantaine : un seul test réalisé sur un prélèvement préputial par identification des agents de la campylobactériose et de la trichomonose / In the case of animals less than six months old or kept since that age in a same-sex group before being placed in isolation, a single test carried out on a preputial sample by identification of the agents of the campylobacteriosis and trichomoniasis.

OU\* / OR\*

- ii.) Pour les animaux âgés de plus de six mois ou qui pourraient avoir été en contact avec des femelles avant la mise en quarantaine : trois tests réalisés, à une semaine d'intervalle sur un prélèvement préputial par identification des agents de la campylobactériose et de la trichomonose / In the case of animals more than six months old or have been in contact with females before being placed in isolation, three tests carried out, at weekly intervals on a preputial specimen by identification of campylobacteriosis and trichomoniasis agents.

OU\* / OR\*

- b.) Pour les taureaux donneurs qui n'ont jamais été utilisés pour la monte naturelle depuis leur entrée dans le centre de collecte de semence trois tests réalisés, à une semaine d'intervalle sur un prélèvement préputial par identification des agents de la campylobactériose et de la trichomonose / For bulls which have never been used for natural service since entry into the semen collection center, three tests carried out, at weekly intervals on a preputial specimen by identification of campylobacteriosis and trichomoniasis agents.

**VII. EXAMEN DES ANIMAUX DONNEURS AU COURS DE LA PÉRIODE DE COLLECTE /**  
**TESTING OF DONOR ANIMALS IN THE CENTER DURING THE TIME OF COLLECTION:**

**1. FIEVRE CATARRHALE OVINE : / BLUETONGUE :**

Le donneur ayant fourni la semence : / The semen donor :

- a.) a été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve sérologique pour la recherche d'anticorps spécifiques du groupe de virus de la fièvre catarrhale du mouton et qui a été effectuée sur des prélèvements de sang réalisés au moins tous les 60 jours pendant la période de prélèvement de la semence, ainsi qu'entre 21 et 60 jours après le dernier prélèvement de la semence faisant l'objet de l'exportation. / Was subjected to a serological test to detect BTV group antibodies, with negative results, carried out on blood sample at least every 60 days during the semen collection period and between 21 and 60 days after the final collection for this consignment.



OU\* / OR\*

- b.) a été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve d'identification de l'agent étiologique par isolement viral ou par PCR et qui a été réalisé sur des prélèvements de sang recueillis au début et à la fin de période de prélèvements de la semence, ainsi qu'au moins tous les 7 jours en cas d'isolement viral ou tous les 28 jours en cas de PCR durant celle-ci. / *Was subjected, with negative results, to an agent identification test for BTV by virus isolation or PCR, carried out on blood samples collected at commencement and final collection of the semen and at least every 7 days, in the case of a virus isolation test or every 28 days, in the case of a PCR.*

**IX. EXAMEN ANNUEL DES TAUREAUX DONNEURS DANS LE CENTRE: / ANNUAL TESTING OF DONOR ANIMALS IN THE CENTER:**

**1. BRUCELLOSE: / BRUCELLOSIS:**

Ont été soumis, avec résultats négatifs, à une épreuve sérologique pour la recherche de la brucellose, conformément aux recommandations de l'OIE. / *Have undergone, with negative results, a serological test for bovine brucellosis, according to OIE recommendations.*

**2. TUBERCULOSE: / TUBERCULOSIS:**

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une intradermotuberculation. / *Have been subjected, with negative results, to an intradermal tuberculin test (CFT).*

**3. DIARRHÉE VIRALE BOVINE/MALADIE DES MUQUEUSES (BVD/MD): / BOVINE VIRUS DIARRHEA/MUCOUS DISEASE (BVD/MD):**

Les animaux précédemment non réagissants doivent être soumis à un nouvel examen sérologique pour confirmer chez eux l'absence d'anticorps spécifiques. / *Animals negative to previous serological tests should be retested to confirm absence of antibodies.*

- Si un animal s'avère alors réagissant, chaque dose d'éjaculat de cet animal collectée depuis la date du dernier examen négatif doit être soit éliminée soit soumise, avec un résultat négatif, à une épreuve de diagnostic destinée à rechercher la présence du virus. / *Should an animal become serologically positive, every ejaculate of that animal collected since the last negative test should be either discarded or tested for virus with negative results.*

**4. RHINOTRACHÉITE INFECTIEUSE BOVINE/VULVOVAGINITE PUSTULEUSE INFECTIEUSE (IBR/IPV): / INFECTIOUS BOVINE RHINOTRACHEITIS/INFECTIOUS PUSTULAR VULVOVAGINITIS (IBR/IPV):**

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve sérologique, par neutralisation virale ou par ELISA, réalisée sur prélèvement sanguin pour la recherche de l'IBR-IPV. / *Have undergone, with negative results, a serological test by viral neutralization or ELISA.*

- Si des animaux ont présenté un résultat positif, ils ont été retirés immédiatement de la station de quarantaine, et les autres animaux inclus dans le même groupe ont été maintenus en quarantaine et soumis, avec résultat négatif, à une nouvelle épreuve réalisée 21 jours au moins après le retrait de l'animal positif. / *If animals presented with a positive result, they were immediately removed from the quarantine station and the other animals included in the same group were kept in quarantine and underwent, with negative result, a second test, performed at least 21 days after the removal of the positive animals.*

Certificat sanitaire N° / Certificate Number: \_\_\_\_\_

5. CAMPYLOBACTÉRIOSE (*C. fetus* var. *venerealis*) et TRICHOMONOSE (*T. fetus*) : /  
CAMPYLOBACTER (*C. fetus* var. *venerealis*) AND TRICHOMONIASIS (*T. as fetus*):

Un prélèvement préputial doit être analysé. / A preputial specimen has been tested.

- Seuls doivent être soumis à une épreuve de diagnostic les taureaux destinés à la production de semence ou ceux en contact avec cette catégorie d'animaux. Les taureaux sélectionnés pour une nouvelle série de collecte de semence après une interruption de plus de six mois doivent être soumis à une épreuve de diagnostic réalisée dans les 30 jours au plus avant la reprise de la collecte. / Only bulls currently in semen production, or having contact with bulls in semen production, need to be tested. Bulls returning to collection after a lay-off of more than six months are tested not more than 30 days prior to resuming production.

6. ENZOOTIC BOVINE LEUKOSIS:

- a.) si les animaux sont âgés de moins de 2 ans: ils sont nés d'une mère utérine qui est sérologiquement négative suite à la recherche de la leucose bovine enzootique effectuée par immunodiffusion en gélose ou par la technique ELISA. / If animals are less than 2 years of age, come from a 'uterine' dam that is serologically negative for enzootic bovine leucosis, using AGID or ELISA;

OU\* / OR\*

- b.) si les animaux sont âgés de 2 ans et plus: ils ont été soumis, avec un résultat négatif, à une épreuve de recherche de la leucose bovine enzootique sur des prélèvements de sang par immunodiffusion en gélose ou par la technique ELISA. / If the animals are 2 years of age or older, have undergone, with negative results, a test for enzootic bovine leucosis performed on blood samples by AGID or ELISA.

7. STOMATITE VÉSICULEUSE : / VESICULAR STOMATITIS:

Ont été soumis, avec résultat négatif, à une épreuve sérologique, par neutralisation virale ou par ELISA ou par fixation du complément, réalisée sur prélèvement sanguin. / Have undergone, with negative results, a serological test on a blood sample by virus neutralisation or ELISA or complement fixation.

**NOTE :** Dans le cas où le taureau donneur est positif à l'un des tests annuels cités à la section IX, à exception de la BVD/MD: / If the donor bull is positive to one of the annual disease tests of section IX, with the exception of BVD/MD:

- a.) Un échantillon de chacun de ses éjaculats, collectés pour l'exportation vers le Maroc depuis la date du dernier résultat négatif de ce test, est soumis à un test de diagnostic pour dépister l'agent pathogène responsable en utilisant une amplification en chaîne par la polymérase, une épreuve d'isolement du virus, un test de culture ou un autre test de diagnostic approuvé par l'OIE avec des résultats négatifs. / A sample of each ejaculate that was collected for export to Morocco, since the latest negative test result, is subjected to a diagnostic test for the pathogenic agent using PCR, viral isolation, culture, or other OIE approved diagnostic test with negative results.

OU\* : / OR\* :

- b.) Chaque dose d'éjaculat de cet animal collectée entre le dernier test négatif et le test positif ne peut pas être exportée vers le Maroc. / Each ejaculation dose of this animal collected between the last negative test and the positive test is ineligible for export to Morocco.

**X. SEMENCE : / SEMEN:**

1. A été stockée et congelée pendant au moins 28 jours avant l'exportation. / Has been stored and frozen for at least 28 days prior to export.

2. A été collectée, traitée, conditionnée et stockée dans des conditions conformes aux normes du Code zoosanitaire international de l'OIE. / Has been collected, treated, packaged and stored in a manner consistent with that prescribed in the OIE Terrestrial Animal Health Code.

Certificat sanitaire N° / Certificate Number: \_\_\_\_\_

3. Chaque dose individuelle porte les indications relatives à la date de la collecte, l'identification et la race du donneur ainsi que le code du centre d'insémination. / *Each dose is labeled with the date of collection, donor identification and breed, and approval code number of the semen collection center.*

4. Est stockée et transportée dans un conteneur scellé. / *Is transported in a sealed container.*

5. Les antibiotiques ajoutés ultérieurement à chaque millilitre de semence congelée doivent correspondre aux mélanges suivants: / *For the eventually added antibiotic, each milliliter of frozen semen will have at least the corresponding mixture of:*

a.) Gentamicine (250 µg), tylosine (50 µg), lincomycine-spectinomycine (150/300 µg)/ *Gentamycin (250 µg), Tylosine (50 µg), Lincomycin-spectinomycin (150-300 µg);*

OU\* / OR\* :

b.) Pénicilline (500 UI), streptomycine (500 UI), lincomycine-spectinomycine (150/300 µg)/ *Penicillin (500 UI), Streptomycin (500 UI), Lincomycin-spectinomycin (150-300 µg)*

(\*) : Biffer la mention inutile. / *Cross out the item that does not apply.*

Voir ci-joint, le tableau des résultats des tests du test annuel le plus récent des taureaux donneurs résidents dans le centre. / *Please see attached Test Results Chart of most recent required annual testing of donor bulls who are residents of the Center.*

Suite à la page suivante/ *Continued on next page*

**XI. TABLEAU DES TESTS : / ANNUAL TEST RESULTS CHART:**

**LES RESULTATS DE TOUS LE STEST SONT NEGATIFS/ ALL TEST RESULTS BELOW ARE NEGATIVE:**

[illegible]

NOTE : Tous les tests sont effectués dans un laboratoire fédéral, Etatique ou universitaire / *All tests have been performed at a Federal, State or University laboratory.*

N. B. : S'il y a besoin de plus de place, des tableaux séparés peuvent être créés. Ils doivent comporter le numéro du certificat, la signature du vétérinaire agréé par l'USDA et les tampons officiels sur chaque feuillet et être joints au verso de ce certificat. / *If more room is needed, separate tables can be created containing the certificate number, the signature of the USDA accredited veterinarian and official stamps on each sheet and attached to the back of this certificate.*

Certificat sanitaire N° / *Certificate Number:* \_\_\_\_\_

**XII. CERTIFICATION:**

Nom en caractères d'imprimerie du vétérinaire agréé par l'USDA: / *Printed name of USDA accredited veterinarian:*

Signature du vétérinaire agréé par l'USDA: / *Signature of USDA accredited veterinarian:*

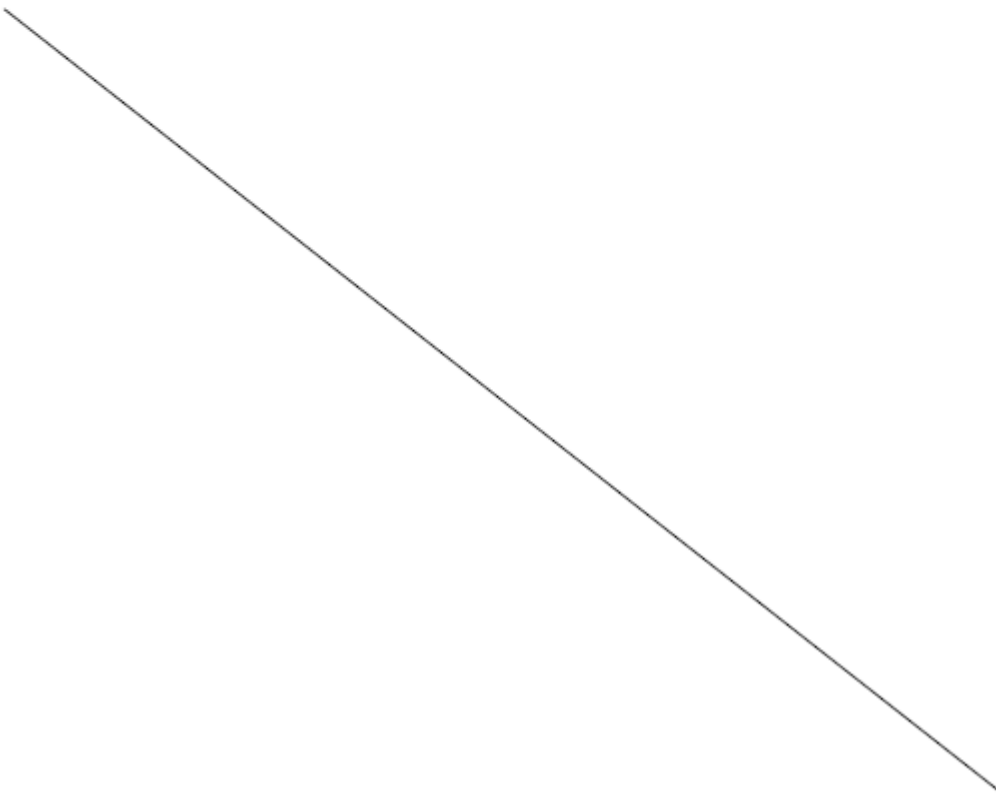
Date / *Date*

Nom en caractères d'imprimerie de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA: / *Printed name of USDA Veterinarian:*

Titre et adresse de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA: / *Title and Address of USDA Veterinarian:*

Signature de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA: / *Signature of USDA Veterinarian:*

Date / *Date*





Model Certificate #9: Equine Semen

**CERTIFICAT SANITAIRE REQUIS A L'IMPORTATION**  
**DU SPERME DE L'ESPECE EQUINE**  
**AU MAROC A PARTIR DES ETATS-UNIS D'AMERIQUE**  
**HEALTH CERTIFICATE REQUIRED FOR THE IMPORTATION OF EQUINE SPERM**  
**INTO MOROCCO FROM THE UNITED STATES OF AMERICA**

N° de scellé du container :  
Sealed shipping container number:

Certificat sanitaire N° :  
Health certificate n°:

Pays exportateur:  
Exporting country :

Autorité compétente:  
Competent authority:

Département:  
Department:

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DONNEUR(S)**  
**INFORMATION RELATING TO DONOR(S)**

Nom Name	Race Breed	Date de naissance Date of birth	Origine de naissance Place of Birth	Numéro d'identification Identification number	Inscription au livre Généalogique Entry in stud- book	Date d'agrément pour l'insémination artificielle Date eligible as donor for artificial insemination

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA SEMENCE**  
**INFORMATION RELATING TO SEMEN**

Nom et adresse du centre de collecte:  
Name and address of collection center:

Numéro d'immatriculation du centre de collecte:

Registration number of collection center:.....

Dates de collecte:

Dates of semen collection:.....

Nombre de doses:

Number of doses:.....

Identification du lot de sperme : sperme de l'espèce équine réfrigéré /congelé(\*)

Identification of semen batch: refrigerated/ frozen equine semen (\*)

Identification des paillettes:

Identification of straws: .....

(\*) Biffer la mention inutile

(\*) delete when it does not apply

**PROVENANCE ET DESTINATION DE LA SEMENCE**  
**ORIGIN AND DESTINATION OF THE SEMEN**

Nom et adresse de l'exportateur (centre de production avec numéro d'immatriculation)

Name and address of the consigner (collection center with the number of registration):.....

Lieu de chargement

Place of loading: .....

Nom et adresse du destinataire

Name and address of the consignee.....

Nature et identification du moyen de transport

Nature and identification of means of transport.....

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**  
**HEALTH INFORMATION**

Soussigné, vétérinaire officiel, certifie que :

I undersigned, official veterinarian, certify that:

1. Le pays d'origine est indemne de peste équine conformément aux recommandations du code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE.  
The country of origin is free of african horse sickness in accordance with the requirements of OIE Terrestrial Animal Health Code.
2. Le sperme décrit ci-dessus a été collecté, transformé et stocké dans un centre de collecte de semence qui :  
The semen described above was collected, processed and stored in a semen collection center, which:  
  
2-1/ est agréée et surveillée par l'autorité compétente  
Is approved and supervised by the competent authority

2-2/ Situé dans une zone, qui était, le jour où le sperme a été collecté jusqu'à sa date d'expédition, indemne de:

Is located in a zone which was, on the date when the semen was collected and until the date of dispatch, free of:

- encéphalomyélite équine du Venezuela depuis 2 ans,  
Venezuelan equine encephalomyelitis for the last 2 years,
- morve depuis 6 mois,  
Glanders for the last six months,
- dourine depuis 6 mois ;  
Dourine for the last six months

2-3/ N'a pas fait l'objet, pendant la période commençant 30 jours avant la date de collecte du sperme jusqu'à sa date d'expédition, d'un arrêt d'interdiction reposant sur des motifs de police sanitaires.

Has not been the subject during the period beginning 30 days before the date of semen collection and until the date of dispatch of any prohibition order based on health policy reasons.

2-4/ Comprenait, pendant la période commençant 30 jours avant la date de collecte du sperme jusqu'à sa date d'expédition, uniquement des équidés indemnes de signes cliniques d'artérite virale équine, métrite contagieuse équine, et de stomatite vésiculeuse.

- Has included, during the period beginning 30 days before the date of semen collection and until the date of the dispatch, only equids free of clinical signs of viral equine arteritis, contagious equine metritis, and vesicular stomatitis.

3. Le sperme décrit ci-dessus a été collecté chez l'étalon donneur qui :

The semen described above was collected from the donor stallion that:

- a) Le jour où le sperme a été collecté, ne présentait pas de signes cliniques d'une maladie infectieuse ou contagieuse,  
On the day when the semen was collected showed no clinical signs of any infectious or contagious disease,
- b) Provient d'exploitation indemne de toute maladie contagieuse propre à l'espèce,  
Comes from a farm free of any contagious diseases associated with equine species,
- c) Pendant les 30 jours précédant la collecte du sperme, a été maintenu dans des exploitations où aucun équidé ne présentait de signes cliniques d'artérite virale équine,  
During the 30 days prior to semen collection, was kept in farms where no equids has showed any clinical signs of viral equine arteritis,
- d) Pendant au moins 30 jours précédant la collecte du sperme, n'a pas été utilisé pour la monte naturelle,  
Was not used for natural mating purposes during at least the last 30 days prior to semen collection,
- e) Pendant les 60 jours précédant la collecte du sperme, a été maintenu dans des exploitations où aucun équidé ne présentait de signes cliniques de métrite contagieuse équine,  
For the 60 days prior to semen collection, was kept on farms where no equids has shown clinical signs of contagious equine metritis,
- f) N'a pas été en contact avec des équidés souffrant d'une maladie infectieuse ou contagieuse pendant les 15 jours précédant immédiatement la collecte du sperme,  
Did not come into contact with equids affected with an infectious or contagious disease during the 15 days immediately prior to semen collection.

4. Les étalons donneurs avaient été soumis avec résultat négatif (dilution du sérum de 1/12) à un test de neutralisation virale pour la recherche de la stomatite vésiculeuse sur un échantillon de sang, effectué dans un délai de 14 jours avant la collecte de la semence.

Donors stallions have been subjected, with negative result, to a viral neutralisation test (at 1/12 sera dilution) for vesicular stomatitis on blood sampled no more than 14 days before semen collection.

Date de prélèvement :

Date of sampling : .....

5. L'étalon donneur a été soumis aux tests suivants dans un laboratoire agréé par l'autorité compétente, conformément au programme de contrôle défini au point 6:

The donor stallion was subjected to the following tests in a approved laboratory by competent authority in accordance with the control programme as defined in item 6:

- a) Une épreuve d'immunodiffusion en gélose (test de Coggings) pour la recherche de l'anémie infectieuse des équidés, avec un résultat négatif ;

Agar gel immuno-diffusion test (Coggings test) to look for infectious equine anaemia, with negative result;

Date de prélèvement :

Date of sampling : .....

- b) Pour la recherche de l'artérite virale équine à une épreuve de séroneutralisation avec résultat négatif à la dilution de 1/4 ;

For viral equine arteritis, serum neutralization test, with negative result at 1/4 dilution.

Date de prélèvement :

Date of sampling : .....

En cas de résultat positif à cette épreuve de séroneutralisation, à une épreuve d'isolement viral effectué sur un échantillon de sperme total de l'étalon donneur avec résultat négatif

If the result is positive to this serum neutralization test, a viral isolation test is carried out on donor stallion total semen sample, with negative result;

Date de prélèvement :

Date of sampling : .....

- c) Un test de recherche de la métrite contagieuse équine, effectué à deux reprises et à un intervalle de 7 jours par isolement de *Taylorella equigenitalis* à partir de liquide pré-éjaculatoire ou d'un échantillon de sperme et de prélèvements génitaux effectués au moins sur le prépuce, l'urètre et sur la fosse urétrale, avec dans chaque cas un résultat négatif.

Test for contagious equine metritis, carried out twice with an interval of 7 days using isolation of *Taylorella equigenitalis* from pre-ejaculatory fluid or semen sample and genital samples carried out at least on the foreskin, the ureter and the urethral duct, with a negative result in each case.

Dates de prélèvement :

Dates of sampling ..... and .....

6. Avoir subi l'un des programmes de contrôle suivants (Rayer les programmes qui ne s'appliquent pas à l'expédition)

Has undergone one of the following control programmes (delete programmes that do not apply to the consignment in question)

➤ Dans le cas où l'étalon donneur a résidé en permanence dans le centre de collecte pendant au moins 30 jours avant la collecte du sperme et pendant la période de collecte, et aucun équidé présent dans le centre de collecte n'est entré en contact direct pendant cette période avec des équidés présentant un état de santé moins bon que les étalons donneurs.

Les tests requis au point 5 ont été effectués sur des échantillons prélevés au moins 14 jours après le début de la période de résidence précitée et au moins au début de la période de reproduction ;

When the donor stallion was permanently at the collection center for at least 30 days prior to semen collection and during the period of collection, and during this period no equids present at the collection center came into direct contact with any equids of a lesser health status than that of the donor stallions: The tests required under item 5 were carried out on samples taken at least 14 days after the start of the above-mentioned residence period and at least at the beginning of breeding period;

OU/OR(\*)

➤ Dans le cas où l'étalon donneur n'a pas résidé en permanence dans le centre de collecte ou d'autres équidés présents dans le centre de collecte sont entrés en contact direct avec des équidés présentant un état de santé moins bon que les étalons donneurs :

- Les tests requis au point 5c) ont été effectués sur des échantillons prélevés, au cours de la période de 14 jours précédant la première collecte de sperme et au moins au début de la période de reproduction.

- Le test requis au point 5a) a été effectué sur un échantillon de sang prélevé 120j au maximum avant que le sperme n'ait été collecté
- Le test requis au point 5b) a été effectué 30 jours au maximum avant que le sperme n'ait été collecté

Ou<sup>(\*)</sup>

Le caractère non excréteur de l'étalon séropositif à l'artérite virale du cheval a été confirmé par un test d'isolement du virus effectué 1 an au maximum avant que le sperme n'ait été collecté

➤ When the donor stallion did not permanently reside at the collection center or when other equids present at the collection center came into direct contact with equids having less health state than the donor stallions :

- Tests required under item 5(c) were carried out during the 14 days period preceding the first semen collection and at least in the beginning of breeding period.

- The test required under item 5(a) was carried out on a blood sample taken no more than 120 days before the semen was collected.

- The test required under item 5(b) was carried out no more than 30 days before the semen was collected

Or<sup>(\*)</sup>,

- The non-excretory nature of viral arteritis seropositive stallion has been confirmed by virus isolation test, carried out no more than 1 year before the semen was collected

OU/ OR<sup>(\*)</sup>

➤ Les tests requis au point 5 ont été effectués pendant la période de stockage obligatoire de 30 jours du sperme congelé et pas moins de 14 jours après la collecte du sperme.

Tests required under item 5 were carried out during the 30 days frozen semen compulsory storage period and not less than 14 days after semen collection.

7. Le sperme décrit ci-dessus a été collecté, transformé, stocké et transporté dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur.

The semen described above was collected, processed, stored, and transported under conditions in compliance with regulations in effect.

(\*) Biffer la mention inutile

(\*) delete when it does not apply

NB : les copies des bulletins d'analyse doivent accompagner le certificat sanitaire

Copies of laboratory test results must be attached to this health certificate

Signature du vétérinaire accrédité

Signature of Accredited Veterinarian.....

Nom du vétérinaire accrédité en majuscule

Name of Accredited Veterinarian in capital letters :.....

Date /Date:.....

Signature du vétérinaire officiel et Cachet officiel

Official Veterinarian signature and Official stamp.....

Nom et qualité en majuscule

Name and title in capital letters .....

Fait à et le

Place..... Date.....



Model Certificate #10: Equine

Health Certificate No. \_\_\_\_\_  
(Valid only if the USDA Veterinary  
Seal appears over the Certificate No.)

**VETERINARY SANITARY CERTIFICATE FOR EXPORT OF EQUIDAE  
FROM THE UNITED STATES OF AMERICA (US) TO THE KINGDOM OF MOROCCO  
CERTIFICAT SANITAIRE VÉTÉRINAIRE POUR L'IMPORTATION D'EQUIDÉS À PARTIR  
DES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE VERS LE ROYAUME DU MAROC**

Department in Charge / Département responsable: United States Department of Agriculture (USDA),  
Animal and Plant Health Inspection Service (APHIS)

Service / Service: USDA APHIS Veterinary Services (VS)

**I. IDENTIFICATION**

**A. Origin of the animal(s) / Provenance des animaux**

1. Name and address of the farm of origin / Nom et adresse de l'élevage de provenance
2. Name and address of Consignor / Nom et adresse de l'expéditeur

**B. Destination of the animal(s) / Destination des animaux.**

1. Address of the Establishment of Destination / Adresse de l'Etablissement de destination
2. Name and Address of the Consignee / Nom et adresse du destinataire

**C. Identification of the Animal(s) / Identification des animaux**

Name /Nom	Breed/ Race	Sex/ Sexe	Age/ Age	Marks and physical description/Marques et Signalement	Brand, tattoo or microchip number

**D. Means of transportation used / Moyens de Transport Utilisés**

1. Nature and Identification of the means of transport (ship, flight, others to be specified) /  
Nature et identification du moyen de transport (bateau, avion, autre à préciser)
2. State and Place of Loading / Etat et lieu d'embarquement

Page 1 of \_\_\_\_

## II. CERTIFIED SANITARY INFORMATION

I, the undersigned USDA accredited veterinarian, certify that the animal(s) designated above meet(s) the following conditions / Je soussigné, vétérinaire officiel, certifie que les animaux désignés ci-dessus répondent aux conditions suivantes.

A. The US is free of African Horse Sickness, Dourine, Glanders and Venezuelan Equine Encephalomyelitis according to the OIE Standards. The animal(s) have not been vaccinated against Venezuelan encephalomyelitis for the 60 days preceding export. / Ils proviennent des Etats-Unis qui est un pays indemne de peste équine, de dourine, de morve et d'encéphalomyélite équine vénézuélienne conformément aux normes édictées par l'OIE. Les animaux n'ont pas été vaccinés contre l'encéphalomyélite équine vénézuélienne pendant les 60 jours précédant l'exportation;

B. The animal(s) come from premises which have been free of Vesicular Stomatitis for the last 6 months preceding export. The animal(s) have been treated with an insect repellant as described in section II E. The animal(s) are negative for vesicular stomatitis as described in section III. A. 3. / Les animaux proviennent d'exploitation qui n'a pas connue de cas de stomatite vésiculeuse durant les six derniers mois précédant l'exportation. Les animaux ont été traités par un produit répulsif d'insecte conformément au point II-E. Les animaux se sont avérés négatifs par rapport à la stomatite vésiculeuse tel qu'il est décrit au point III.A.3.

C. The animal(s) will be examined during the 24 hours preceding the shipment to ensure freedom from any clinical sign of contagious diseases. / Les animaux seront examinés dans les 24 heures précédant l'expédition pour vérifier qu'ils ne présentent aucun signe clinique de maladies contagieuses.

D. During the 3 months preceding the exportation / Durant les 3 derniers mois précédant l'exportation;

OR<sup>(1)</sup> / OU<sup>(1)</sup>

Since its birth for equine less than 3 months old / depuis leur naissance s'il s'agit d'équidés de moins de 3 mois

OR<sup>(1)</sup> / OU<sup>(1)</sup>

Since its entry, for equines imported directly from the European Union during the past 3 months / depuis leur entrée s'il s'agit d'équidés importés directement de la Communauté Européenne au cours des 3 derniers mois;

the animal(s) resided in the exporting country on premises under veterinary supervision

AND, during the 30 days preceding its shipment, have been kept in an isolation facility / les équidés ont séjourné dans les exploitations sous surveillance vétérinaire dans le pays d'expédition et, au cours des 30 derniers jours précédant l'expédition, ils ont été placés dans un local d'isolement avant l'exportation.

E. The animal(s) have been protected from insect vectors that cause infectious diseases of equines, with insect repellents of proven efficacy (per manufacturers' instructions) during travel to the isolation facility, while in the isolation facility and during travel from the isolation facility to the point of export / Les animaux ont été protégés contre les insectes vecteurs de maladies infectieuses équine, par un produit répulsif d'insectes dont l'efficacité est approuvée (selon les recommandations du fabricant) pendant leur transport jusqu'au lieu d'isolement, durant leur séjour dans celui-ci et au cours du transport jusqu'au lieu de chargement;

F. The animal(s) come from premises that have not been subject to either quarantine or regulatory sanitary measures because of contagious diseases during the last 6 months. / Les animaux proviennent d'écuries qui n'ont été soumises ni à une quarantaine ni à des mesures de police sanitaire pour cause de maladies contagieuses durant les six derniers mois;

G. The animal(s) have not been in contact with equines coming from premises subject to prohibition measures because of regulatory sanitary measures during the last 6 months. / Il n'a pas été en contact avec des équidés provenant d'une exploitation faisant l'objet de mesures d'interdiction pour motifs de police sanitaire.

H. The animal(s) will be sent in a clean crate disinfected, with a product officially approved for use in the US, while under the surveillance of an official veterinarian of the competent authority. The crate will be designed to prevent deposit and/or fodder from leaking. / Les animaux seront expédiés dans des boîtes nettoyées et désinfectées au préalable avec un désinfectant officiellement approuvé aux Etats-Unis d'Amérique, sous la surveillance du vétérinaire officiel de l'autorité vétérinaire compétente et aménagé de telle sorte que les fèces, la litière ou le forage ne puissent s'échapper.

### III. TESTING AND VACCINATION

The animal(s) have been subject to tests in USDA APHIS National Veterinary Services Laboratories or in USDA approved laboratories (in the case of Equine Infectious Anemia and Vesicular Stomatitis) and in laboratories deemed acceptable to USDA APHIS Veterinary Services (for others diseases) and meet the following requirements / Les animaux ont fait l'objet des tests ci-après mentionnés dans les laboratoires nationaux vétérinaires de l'APHIS ou dans les laboratoires approuvés par l'USDA (dans le cas de l'anémie infectieuse et de la stomatite vésiculeuse) et dans des laboratoires dûment acceptables par les services vétérinaires de l'APHIS-USDA (pour les autres maladies) et satisfont aux dispositions suivantes :

A. The animal(s) were subject, with negative results, to the following tests carried out on a blood sample / Les animaux ont été soumis, avec des résultats négatifs, aux tests suivants effectués sur un échantillon de sang.



Health Certificate No. \_\_\_\_\_  
(Valid only if the USDA Veterinary  
Seal appears over the Certificate No.)

1. Coggins Test (immunodiffusion) for Equine Infectious Anemia, within 30 days preceding shipment. / Un test de Coggins pour l'anémie infectieuse, dans les 30 jours précédant l'expédition.

Date of Sample <sup>(2)</sup> / Date du prélèvement <sup>(2)</sup> : \_\_\_\_\_

2. IgM capture ELISA test for West Nile Virus Encephalitis, within 15 days preceding shipment. / Un test ELISA de capture pour anticorps IgM pour l'encéphalite à virus West Nile dans les 15 jours ayant précédé son chargement

OR <sup>(1)</sup>/OU <sup>(1)</sup>

have been vaccinated against West Nile Virus Encephalitis more than 30 days, but less than 1 year, prior to the date of export./ ont été vaccinés contre la maladie de la West-Nile moins d'un an et plus d'un mois par rapport à la date d'exportation des équidés.

3. ELISA, c-ELISA, virus neutralization for Vesicular Stomatitis Virus on a sample collected 12 or more days after the animal(s) enter the quarantine station. / Tests ELISA, c-ELISA ou neutralisation virale pour la recherche de la stomatite vésiculeuse, avec des résultats négatifs, effectués sur un échantillon de sang prélevé plus de 12 jours après leur introduction en station de quarantaine.

B. The animal(s) were vaccinated for Equine Influenza, according to the guidelines of the World Organization for Animal(s) Health (OIE) Terrestrial Manual, and have been subject to a booster vaccination at least 2 weeks, and at most 8 weeks, preceding shipment. / Les animaux ont été vaccinés contre les deux sous-types de virus de la grippe équine et ont été soumis à une vaccination de rappel 2 semaines au moins et 8 semaines au plus avant son chargement.

Date of the 1st vaccination and vaccine strain / Date de la 1ère vaccination et souches du vaccin:  
<sup>(2)</sup>

Date of the 2nd vaccination and vaccine strain / Date de la 2ème vaccination et souches du vaccin:  
<sup>(2)</sup>

C. The animal(s) were vaccinated according to manufacturer's recommendations against Equine Rhinopneumonitis / Les animaux ont été correctement vaccinés contre la rhinopneumonies équine conformément aux recommandations du fabricant.

Vaccination dates/Date des vaccinations: on/le <sup>(2)</sup> and/et le <sup>(2)</sup>.

D. Equine Viral Arteritis / Arterite Virale Equine:

1. Case of a non-vaccinated animal(s) / Cas d'animaux non vaccinés

It has shown negative results on a serum neutralization test for Equine Viral Arteritis at a dilution of 1 to 4, on a blood sample taken the <sup>(2)</sup> during the 21 days preceding shipment. / Ils ont été soumis, sur un échantillon de sang prélevé le <sup>(2)</sup> au cours de 21 jours précédant l'expédition, à un test de seroneutralisation pour l'artérite virale équine avec résultats négatifs à une dilution de ¼

OR <sup>(1)</sup> / OU <sup>(1)</sup>

Page 4 of \_\_\_\_

An aliquot of whole semen taken the \_\_\_\_\_, <sup>(2)</sup> during the 21 days preceding shipment, was subject to a virus isolation test for Viral Arteritis, with negative results. / Une partie aliquote de leur sperme entier prélevé le \_\_\_\_\_, <sup>(2)</sup> au cours des 21 jours précédant l'expédition a été soumise à un test d'isolement du virus pour l'artérite virale, avec un résultat négatif.

2. Case of a vaccinated animal(s) with regular booster shots / Cas d'animaux vaccinés avec rappels réguliers

It has been subject during the 30 days preceding shipment to two diagnostic tests for Equine Viral Arteritis carried out on blood samples taken at least at 14 days interval, demonstrating a stable antibody titer (less than 4 fold increase).

AND

An attestation of vaccination for Equine Viral Arteritis, administered within the year, is attached to the sanitary certificate. / Ils ont été soumis durant les 30 derniers jours précédant l'expédition à deux épreuves diagnostiques pour l'artérite virale équine réalisées sur des prélèvements de sang effectués à au moins 14 jours d'intervalle, démontrant une stabilité des titres d'anticorps. L'attestation de vaccination contre l'artérite virale équine datant de moins d'un an est jointe au présent certificat sanitaire.

Date of sample and type of 1st test / Date du prélèvement et nature 1er test: \_\_\_\_\_

Date of sample and type of 2nd test / Date du prélèvement et nature 2ème test: \_\_\_\_\_

E. The animal(s) have had no exposure to Contagious Equine Metritis (CEM), either directly, through coitus with an infected animal(s), or indirectly, by passing through premises where CEM has been reported / Les animaux n'ont pas été en contact ni directement par le coït avec des équidés atteints ou suspects d'être atteints de la métrite contagieuse équine ni indirectement par passage dans une exploitation infectée;

AND / ET

Swabs of urogenital membranes of the animal(s), taken within 30 days prior to shipment, were subjected to the laboratory test for CEM (bacterial culture) with negative results. / Ils ont été soumis à une épreuve d'identification de l'agent responsable de la métrite contagieuse équine avec résultat négatif, réalisée pendant les 30 jours ayant précédé son chargement.

Date of sample <sup>(2)</sup> / Date du prélèvement: \_\_\_\_\_

F. Equine Encephalomyelitis (Eastern and Western) / Encephalomyélite équine de l'Est et de l'Ouest

The animal(s) have been vaccinated for Equine Encephalomyelitis (Eastern and Western), with inactivated vaccine on \_\_\_\_\_, <sup>(2)</sup> during the last 6 months but more than 30 days preceding shipment / Ils ont été vaccinés contre l'encéphalomyélite équine de l'Est et de l'Ouest, avec un vaccin inactivé, le \_\_\_\_\_, <sup>(2)</sup> au cours des six derniers mois mais depuis plus de trente jours précédant l'exportation.

OR <sup>(1)</sup> / OU <sup>(1)</sup>

The animal(s) have been subject to Hemagglutination Inhibition Tests relative to Equine Encephalomyelitis (Eastern and Western) twice, on blood samples taken at an interval of 10 to 14 days, the second test being carried out on a sample taken at most 15 days prior to shipment, on: \_\_\_\_\_ <sup>(2)</sup> and on: \_\_\_\_\_ <sup>(2)</sup> with negative results if the animal(s) was not

Page 5 of \_\_\_\_



Health Certificate No. \_\_\_\_\_  
(Valid only if the USDA Veterinary  
Seal appears over the Certificate No.)

vaccinated, or with no increase in antibody titer (4-fold or less) if the animal(s) was vaccinated over 6 months ago. / Les animaux ont été soumis à des tests d'inhibition de l'héماغglutination relatifs à l'encéphalomyélite équine de l'Est et de l'Ouest, à deux reprises, à l'aide d'échantillons de sang prélevés à un intervalle de 10 à 14 jours, le deuxième échantillon a été prélevé 15 jour au maximum avant l'exportation, le : \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup> et le \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup> avec des résultats négatifs s'ils n'ont pas été vaccinés ou sans accroissement des anticorps (d'un facteur 4 au moins) s'ils ont été vaccinés depuis plus de 6 mois.<sup>(1)</sup>

G. Copies of the diagnostic laboratory reports are attached./ Les copies des bulletins d'analyses sont jointes audit certificate.

#### IV. CERTIFICATION

Validity of the Sanitary Certificate/ validité du certificat sanitaire: 10 days after the signature and should not have any erasure (in case of transport by ship, the time is prolonged by the time of the voyage) / 10 jours après sa signature et ne comportant aucune rature (dans le cas d'un transport par bateau, la durée est prolongée pour tenir compte de la durée du voyage.)

Signature of USDA accredited veterinarian \_\_\_\_\_

Printed name and date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Signature of USDA APHIS veterinarian \_\_\_\_\_

Printed name and date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Cross out the unused option

<sup>(2)</sup> Insert Date

*Model Certificate #11: Honey and Bee Products*

**Sanitary Veterinary Certificate For Import of Bee Products  
Into the Kingdom of Morocco  
*Certificat Sanitaire Vétérinaire  
Relatif à l'Importation au Royaume du Maroc des Produits Apicoles***

Exporting Country / *Pays exportateur*: \_\_\_\_\_

Ministry/Department of / *Ministère de* \_\_\_\_\_

Service/Division: \_\_\_\_\_

**PRODUCT IDENTIFICATION / IDENTIFICATION DES PRODUITS :**

Products / *Produits*: \_\_\_\_\_

Type of Packaging / *Nature de l'emballage*: \_\_\_\_\_

Number of Packages / *Nombre de colis*: \_\_\_\_\_

Net Weight / *Poids Net*: \_\_\_\_\_

**ORIGIN OF THE PRODUCT / ORIGINE DES PRODUITS :**

Name and Official Approval Number of the Producing Company / *Nom(s) et Numéro (s) d'accord officiel de l' (des) établissement de provenance*:

\_\_\_\_\_

**PRODUCT DESTINATION / DESTINATION DES PRODUITS:**

The Following Products / *Les Produits sus-visés*

Are shipped FROM / *Sont expédiés de*: \_\_\_\_\_

Are shipped TO / *Sont expédiés à*: \_\_\_\_\_

Type and Mean of Transportation / *Nature et identification du moyen de transport*:

\_\_\_\_\_

Name and Address of the Consignor / *Nom et adresse de l'expéditeur*:

\_\_\_\_\_

Name and Address of the Consignee / *Nom et adresse du destinataire*:

\_\_\_\_\_

The Official Veterinary Inspector, hereby certifies that the products designated

above / *Le vétérinaire inspecteur officiel soussigné certifie que les produits désignés ci-dessus:*

Come from apiary free of foolbrood, acaria, noseema, and varroa and where,

in a radius of 5 kilometers from the apiary, no case of these diseases was found during the last six months  
*/Proviennent de ruchers indemnes de loques, d'acariose, de nosémoze, et de varroase et qu'il n'a été constaté depuis plus de 6 mois dans un rayon de 5 kilomètres autour des ruchers aucun cas desdites maladies <sup>(1)</sup>.*

- Have not been in contact with bees for more than 72 hours before their shipping (applies to Acaria only) / *N'ont pas été en contact d'abeilles depuis plus de soixante douze heures avant leur expédition (dans le cas d'acarioses seulement) <sup>(1)</sup>.*
- The waxes have been subject to a temperature of 100 degree centigrade for 30 minutes / *Ont été soumis (cires) pendant 30 minutes à température de 100 degré centigrade.*
- Have been handled, prepared, transformed, and packaged in hygienic way respecting the usual sanitary requirement / *Ont été manipulés, préparés, transformés et conditionnés de façon hygiénique dans le respect des exigences sanitaire en la matière.*
- Do not contain chemical contaminants from the environment or as a result of veterinary therapy at levels greater than the accepted standards / *Ne contiennent pas de contaminants chimiques dus à l'environnement ou à la thérapeutique vétérinaire à un taux supérieur aux normes admises.*
- Do not contain radioactive elements <sup>(2)</sup> / *renferment pas d'éléments radioactifs <sup>(2)</sup>.*

Done at (Location) / *Fait à (lieu)* \_\_\_\_\_ On (date) / *Le* \_\_\_\_\_

Stamp & signature of the Official Inspector / *Cachet et signature de l'inspecteur officiel*

Name in Capital Letters, Title, and position of the signing official / *(Nom en capitales, Titre et qualité du signataire)*

- Cross out unused mentions / *Rayer la mention inutile*
- Attach Result of laboratory Analysis / *Joindre Bulletin d'analyses du laboratoire.*

*Model Certificate #12: Calf Milk and Milk Replacers*

**Sanitary Certificate for Import of Calf Milk and Milk Replacers  
Into The Kingdom Of Morocco**

*Certificat Sanitaire relatif à l'importation  
des laits d'allaitement et lacto-remplaceurs au Royaume du Maroc*

Exporting Country / Pays Expéditeur: \_\_\_\_\_

Ministry/Department of / Ministère de \_\_\_\_\_

Service/Division: \_\_\_\_\_

**PRODUCT IDENTIFICATION / IDENTIFICATION DES PRODUITS:**

Products / Produits: \_\_\_\_\_

Type of Packaging / Nature de l'emballage: \_\_\_\_\_

Packing of Packages / Nombre de colis: \_\_\_\_\_

Net Weight / Poids Net: \_\_\_\_\_

**ORIGIN OF THE PRODUCT / ORIGINE DES PRODUITS:**

Name and Official Approval Number of the Producing Company / Nom(s) et Numéro (s) d'accord  
officiel de l' (des) Etablissement de provenance:

\_\_\_\_\_

**PRODUCT DESTINATION / DESTINATION DES PRODUITS:**

The Following Products / Les Produits sus-visés

Are shipped FROM / Sont expédiés de: \_\_\_\_\_

Are shipped TO / Sont expédiés à : \_\_\_\_\_

Type and Mean of Transportation / Nature et identification du moyen de transport:

\_\_\_\_\_

Name and Address of the Consignor / *Nom et adresse de l'expéditeur:*

---

Name and Address of the Consignee / *Nom et adresse du destinataire:*

---

### **SANITARY INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

The Official Veterinary Inspector, hereby certifies that the products designated above / *Le vétérinaire inspecteur official soussigné certifie que les produits désignés ci-dessus:*

1. Have been handled, prepared, transformed, and packaged in hygienic way respecting the usual sanitary requirement / *Ont été manipulés, préparés, transformés et conditionnés de façon hygiénique dans le respect des exigences sanitaire en la matière.*
2. Have been added a tracer <sup>(a)</sup> / *Ont été additionnés de l'additif traceur <sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_.*
3. Have been treated and prepared for the purpose of animal feeding / *Sont spécialement traités et préparés pour l'alimentation de bétail.*
4. Do not contain fat of animal origin other than those of butyric origin / *Ne renferment pas de graisses d'origine animale autres que celles d'origine butyrique;*
5. Are commonly marketed in the country of origin / *Sont en vente libre dans le pays d'origine;*
6. The label of the packaged product bears legible indications of the brand or the producer's name, the label "Milk for use as animal feed" as well as the expiry date. / *Sont conditionnés dans des récipients ou emballages portant lisiblement la marque ou raison sociale du fabricant, la mention "Lait destiné à l'alimentation animale" et la date de validité;*
7. Based on the National Program for control of harmful substances, does not contain residues of such products in quantities exceeding the admitted limit for human health / *Sur la base des résultats du programme national de contrôle de substance nocives, ne renferment pas de résidus de tels substances en quantités dépassant les limites admises à risque pour la santé humaine;*
8. Do not contain radioactive elements <sup>(b)</sup> / *Ne renferment pas d'éléments radioactifs <sup>(b)</sup>*

Done in (place) / *fait à (lieu)* \_\_\_\_\_ on / *le (date)* \_\_\_\_\_

Stamp & signature of the Inspector <sup>(c)</sup> / *Cachet et signature de l'inspecteur official <sup>(c)</sup>*

Name in Capital Letters, Title, and position of the signing official / *(Nom en capitales, Titre et qualité du signataire)*

- (a) Identify which tracer has been used (non-chemical) / *Identifier le traceur (non chimique)*
- (b) Attach Laboratory test results / *Joindre Bulletins d'analyses du Laboratoire.*
- (c) For Stamp and Signature, Please use different color than the one used to fill the form. / *La couleur du sceau et de la signature doit être différente de celle des autres mentions du certificat.*



*Model Certificate #13: Hides and Skins*

**Sanitary Veterinary Certificate For Import Of Hides And Skins  
Into the Kingdom of Morocco  
CERTIFICAT SANITAIRE VETERINAIRE  
Relatif à l'Importation Au Royaume du Maroc des Peaux et Cuirs Bruts**

Exporting Country / *Pays exportateur*: \_\_\_\_\_

Ministry/Department of / *Ministère de* \_\_\_\_\_

Service/*Division*: \_\_\_\_\_

**PRODUCT IDENTIFICATION / IDENTIFICATION DES PRODUITS:**

Products / *Produits*: \_\_\_\_\_ Species / *Espèces animales*: \_\_\_\_\_

Number of pieces / *Nombre de pièces*: \_\_\_\_\_

Net Weight / *Poids Net*: \_\_\_\_\_

**ORIGIN OF THE PRODUCT / PROVENANCE DES PRODUITS:**

Country of Origin / *Pays d'origine*: \_\_\_\_\_

Name and address of the Exporter / *Nom et adresse de l'exportateur*:  
\_\_\_\_\_

**PRODUCT DESTINATION / DESTINATION DES PRODUITS :**

Type and Identification of transportation mean / *Nature et identification du moyen de transport*: \_\_\_\_\_

Name and address of the Consignee / *Nom et adresse du destinataire*:  
\_\_\_\_\_

**ATTESTATION / ATTESTATION**

I (first and last name), \_\_\_\_\_, official veterinarian, certify the products designated above / *Je soussigné (Nom et Prénom), Vétérinaire Officiel, certifie que les produits désignés ci-dessus*:

- a. Come from animals that are free of contagious diseases specific to the species and that were slaughtered in slaughterhouses approved by the official authorities of the country of origin. / *Proviennent d'animaux indemnes de maladies contagieuses propres à l'espèce et abattus dans un abattoir agréé par les autorités officielles du pays d'origine ;*
- b. Were treated by dry salt or in brine for at least 30 days <sup>(1)</sup> / *Ont été soumis à l'action du sel à sec ou à saumure pendant 30 jours au moins <sup>(1)</sup>.*

- c. Were salted for 7 days with sea salt to which sodium bicarbonate has been added at 2 percent <sup>(2)</sup> / *ont été soumis à un salage pendant 7 jours avec du sel marin additionné de bicarbonate de soude à 2 pour-cent <sup>(2)</sup>.*

Done at (Location) / *Fait à (lieu)* \_\_\_\_\_ On (date) / Le \_\_\_\_\_

Stamp and Signature of the Official Inspector / *Cachet ET signature de l'inspecteur officiel*

Last name and first name of the Veterinarian / *(Nom et prénom du Vétérinaire)*

Notes: Cross out unused options:

- When the leather and raw skins are dry and less than 6 months old. / *Lorsqu'il s'agit des peaux et cuirs bruts secs ages de moins de six mois.*
- When the leather and skins are fresh or green and from ruminants / *Lorsqu'il s'agit de peaux et cuirs frais ou verts de ruminants.*

Model Certificate #14: Turkey Hatching Eggs

Numéro de certificat sanitaire /  
Sanitary Certificate Number: \_\_\_\_\_

**Sanitary Certificate for Turkey Hatching Eggs to the Kingdom of Morocco  
from the United States of America**  
*Certificat Sanitaire pour l'exportation d'œufs à couver de dinde des États-Unis au Royaume du Maroc*

<i>Exporter (name and full address) //</i> Expéditeur (nom et adresse complète)	<i>Competent Authorities // Autorité compétente/:</i>  <b>USDA APHIS-VS</b>
<i>Consignee (name and full address) //</i> Destinataire (nom et adresse complète)	<i>Country of Origin // Pays d'origine:</i>  <b>United States of America</b>
<i>Place of Loading // Lieu de chargement:</i>  <i>Means of Transport<sup>1</sup> // Moyens de transport<sup>1</sup>:</i>	<i>Address of the establishment(s) of origin //</i> Adresse du (des) établissement(s) d'origine:
<i>Final Destination (Name and full address) //</i> Destination Finale (nom et adresse finale)	<i>Quantity (in figures and written out in full) //</i> Quantité (valeur complète en lettres et chiffres) / - <i>Number of Eggs // Nombre d'œufs:</i>  - <i>Number of crates // Nombre de caisses:</i>
<i>Category // Catégorie:</i>  <b>Turkey Hatching Eggs // Œufs à couver de dinde</b>	<i>Shipment Identification Number</i> (Container number and seal) Numéro d'identification de l'envoi (Numéro de conteneur et de sceau)
<i>Notes // Remarques :</i> a) <i>A separate certificate must be provided for every lot of eggs being shipped in any one freight car, truck, aircraft, or vessel to the same destination // Un certificat séparé doit être fourni pour chaque lot d'œufs transporté dans un même wagon, camion, avion ou navire vers la même destination.</i> b) <i>The original of the certificate must accompany the shipment until the border inspection point. // Le certificat original doit accompagner l'envoi jusqu'au poste d'inspection frontalier.</i>	

<sup>1</sup> *Indicate the mean of transport and, as appropriate, the license number or the official name. // Indiquer le moyen de transport et, selon le cas, le numéro d'immatriculation, ou le nom officiel.*

*I undersigned, USDA Accredited Veterinarian, do hereby certify that: //*

Je soussigné(e), vétérinaire accrédité par l'USDA, certifie par la présente que :

**I. Origine des œufs à couver / Origin of the Turkey Hatching Eggs**

*The hatching eggs come from flocks raised in the United States for at least 3 months prior to setting of the eggs. //* Les œufs à couver proviennent de cheptels élevés aux États-Unis pendant au moins 3 mois avant la ponte des œufs.

**II. Renseignements sanitaires / Sanitary Informations**

- 1. The United States has a national surveillance program with mandatory reporting for avian influenza which is carried out in uniformity with OIE recommendations. //* Les États-Unis disposent d'un programme de surveillance national exigeant le signalement obligatoire des cas d'influenza aviaire conformément aux recommandations d'OIE.
- 2. The United States is free from Notifiable Avian Influenza as defined in the World Organization for Animal Health (OIE) Terrestrial Code. //* Les États-Unis sont indemne de d'influenza aviaire, telle que définie par le code terrestre de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).

**OR\*/OU\***

*2. The hatching eggs originate from parent flocks located in a state free of Notifiable Avian Influenza. The parent flocks have remained in an establishment at least 100 km from any reported cases of Notifiable Avian Influenza for the past 6 weeks prior to export and there has been no epidemiological link with an establishment where Notifiable Avian influenza has been detected during the past 90 days. The parent flocks have been tested for avian influenza with negative results within 21 days prior to laying of the eggs. This testing (cloacal and throat or oropharyngeal swab) must be carried out on at least 60 birds (or all of the birds if the parent flock contains less than 60 birds). //* Les œufs à couver sont issus des troupeaux parentaux situés dans un État indemne d'influenza aviaire à déclaration obligatoire et qui ont séjourné dans un établissement situé à au moins 100 km de tout cas déclaré d'influenza aviaire à déclaration obligatoire pendant les six dernières semaines avant l'exportation, et il n'existe aucun lien épidémiologique avec un établissement dans lequel l'influenza aviaire à déclaration obligatoire a été détectée au cours des 90 derniers jours. Les troupeaux parentaux ont été soumis au cours des 21 jours précédant la ponte des œufs à un test de dépistage individuel de l'influenza aviaire, dont les résultats ont été négatifs, réalisé sur un échantillon aléatoire d'écouvillonnage cloacaux et trachéaux ou oropharyngés prélevés sur au moins 60 volailles (ou sur toutes les volailles si le troupeau en compte moins de 60 têtes.)

**OR\*/OU\***

*2. The hatching eggs originate from parent flocks that have remained in an establishment at least 100 km from any reported cases of Notifiable Avian Influenza for the past 6 weeks prior to export and there has been no epidemiological link with an establishment where Notifiable Avian influenza has been detected during the past 90 days. The parent flocks have been tested for avian influenza with negative results within 21 days prior to laying of the eggs. This testing (cloacal and throat or oropharyngeal swab) must be carried out on at least 120 birds (or all of the birds if the parent flock*

*contains less than 120 birds*). // Les œufs à couvrir sont issus des troupeaux parentaux qui ont séjourné dans un établissement situé à au moins 100 km de tout cas d'influenza aviaire obligatoirement déclaré pendant les six dernières semaines avant l'exportation, et il n'a aucun lien épidémiologique avec un établissement dans lequel l'influenza aviaire à déclaration obligatoire a été détectée au cours des 90 derniers jours. Les troupeaux parentaux ont été soumis au cours des 21 jours précédant la ponte des œufs à un test de dépistage individuel de l'influenza aviaire, dont les résultats ont été négatifs, réalisé sur un échantillon aléatoire d'écouvillonnage cloacaux et trachéaux ou oropharyngés prélevés sur au moins 120 volailles (ou sur toutes les volailles si le troupeau en compte moins de 120 têtes.)

3. *The United States is free from Newcastle Disease as defined in the World Organization for Animal Health (OIE) Terrestrial Code.* // Les États-Unis sont indemne de la maladie de Newcastle, telle que définie par l'Organisation code de la santé animale (OIE).

**OR\*/OU\***

3. *The parent flocks have remained in an establishment at least 25km from any reported cases of Newcastle disease, as defined in the OIE Terrestrial Manual, for the past 6 months prior to export.* // Les cheptels parentaux ont demeuré dans un établissement à un minimum de 25 km de tout cas de la maladie de Newcastle obligatoirement signalé, tel que défini par le guide terrestre de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), et ce pendant les 6 mois avant l'exportation.

4. *The hatching eggs described in the present certificate come from breeding flocks* // Les œufs à couvrir décrits sur le présent certificat proviennent de cheptels de reproduction:

- a. *That were examined within 30 days of setting of the eggs and did not show clinical signs of disease;* // Qui furent examinés dans les 30 jours suivant la ponte des œufs, et qui ne démontraient aucun signe clinique de la maladie;
- b. *That are accredited by the National Poultry Improvement Plan (NPIP) of the United States Department of Agriculture and the farms are subject regularly to official sanitary and veterinary control;* // Qui sont accrédités par le National Poultry Improvement Plan (NPIP) du Ministère de l'agriculture des États-Unis, et les fermes font l'objet de contrôles sanitaires et vétérinaires réguliers;
- c. *That were held in the farm(s) of origin for at least two months preceding the export of the eggs in this consignment and are not subject to any ban for sanitary reasons;* // Qui furent détenus aux fermes d'origine pendant au moins deux mois suite à l'exportation des œufs dans cette entente, et qui ne font pas l'objet d'une interdiction pour des raisons sanitaires;
- d. *Are subject to official sanitary control and where no case of the following diseases have been recorded for over 3 months:* // Qui font l'objet d'un contrôle sanitaire officiel, et où il n'y a eu aucun cas des maladies suivantes au cours des derniers 3 mois :  
*Fowl pox, mycoplasmosis, salmonellosis, infectious rhinotracheitis, haemorrhagic enteritis, fowl cholera, Avian reticuloendotheliosis, colibacillosis* // Variole aviaire, mycoplasmosé, salmonellose, rhinotrachéite infectieuse, entérite hémorragique,



choléra aviaire, Réticuloendothéliose aviaire, colibacillose.

- e. *Whose farms, and the hatcheries of origin are certified to be free of the diseases due to the following infectious agents: // Desquels les fermes et les couvoirs d'origine sont certifiés exempts de maladies en raison des agents infectieux suivants :*

*Salmonella pullorum, S. gallinarum, S. enteridis, S. typhimurium, S. arizonae, Mycoplasma gallisepticum, M. synoviae and Mycoplasma meleagridis. // Salmonella pullorum, S. gallinarum, S. enteridis, S. typhimurium, S. arizonae, Mycoplasma gallisepticum, M. synoviae et Mycoplasma meleagridis.*

- f. *That have not been vaccinated against Newcastle disease // Qui n'ont pas été vaccinés contre la maladie de Newcastle*

**OR\*/OU\***

- f. *That were subject to a vaccination protocol for Newcastle Disease of which inactivated virus vaccine was used as the most recent booster shot: // Qui furent l'objet d'un protocole de vaccination contre la maladie de Newcastle, pour lequel un vaccin viral inactivé fut utilisé comme l'injection de rappel la plus récente :*

À l'âge de / At the Age of	Nom, type de vaccin (vivant/inactif), et souche utilisée contre la maladie de Newcastle/ Name, Type of Vaccine (Alive, Inactivated), and Strain used against the Newcastle Disease.

- g. *That were marked and disinfected in compliance with the instructions of the competent veterinary authority. // Qui furent marqués et désinfectés conformément aux directives du vétérinaire compétent.*
- h. *Come from establishments in compliance with current OIE recommended biosecurity measures. // Qui proviennent d'établissements conformes aux mesures de l'OIE relatives à la biosécurité.*

### III. Renseignement sur le transport / Information on Transportation

- The hatching eggs must be transported appropriately using new and clean material. // Les œufs à couvrir doivent être transportés correctement en utilisant des matériaux nouveaux et propres.*
- Lots must bear identification marks. The marks must include the following information: // Les lots doivent porter une marque d'identification. Cette marque doit inclure les renseignements suivants :*
  - Country of Origin // Pays d'origine*
  - Exporter // Exportateur*
  - Importer // Importateur*

Numéro de certificat sanitaire /  
Sanitary Certificate Number: \_\_\_\_\_

- d. *Nature of Product* // Nature du produit
- e. *Registration Number of the Producer* // Numéro d'accréditation des producteurs
- f. *Number of the Flock of Origin* // Numéro du cheptel d'origine
- g. *Strain of Origin* // Souche d'origine
- h. *Age of parents / grand parents at the date of laying of eggs of origin.* // Âge des parents / grand parents à la date de ponte des œufs à couver d'origine

(\*) line out as appropriate // Rayez au besoin

#### IV. *Endorsement/Approbation*

*Name and Address of USDA Accredited Veterinarian in the place of origin (in capital letters) //*  
Nom et adresse du Vétérinaire Accrédité par l'USDA du lieu d'origine (en lettres moulées):

.....  
.....

*Signature and signature date of USDA Accredited Veterinarian in the place of origin //*  
Signature et date de signature du Vétérinaire Accrédité par l'USDA du lieu d'origine :

.....

~~~~~  
*Name and address of the Federal Veterinarian (in capital letters or stamped) //*  
Nom et adresse du Vétérinaire Fédéral (en lettres moulées) :

.....

.....  
*Signature and signature date of the Federal Veterinarian //*  
Signature et date de signature du Vétérinaire Fédéral :

.....

*Valid only if the USDA stamp appears over the signature //*  
Valable seulement si le cachet du vétérinaire de l'USDA apparaît sur la signature

Numéro de certificat sanitaire /  
Sanitary Certificate Number: \_\_\_\_\_

---

*This certificate is valid for 10 days starting the day of the shipment and no more than 20 days from date of USDA Accredited Veterinarian's signature //*

*Ce certificat est valide pendant 10 jours à compter de l'expédition, et pas plus de 20 jours après la date de la signature du vétérinaire accrédité par l'USDA*

---

Test Chart for Notifiable Avian Influenza / TABLEAU DES TESTS pour d'influenza aviaire déclaration obligatoire

All tests listed had negative results/ Tous les indicateurs ont produit des résultats négatifs

| Flock Identification (NPIP number)/ Identification | Number of samples tested/ numero de échantillons | Type of test/ Type de test | Test date / Date de test | Name and type of laboratory / Nom et type* de labo |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |

Model Certificate #15: Day Old Turkey

Numéro du Certificat Sanitaire /  
Sanitary Certificate Number: \_\_\_\_\_

*Certificat Sanitaire pour l'exportation de dindonneaux âgés d'un jour des États-Unis  
au Royaume du Maroc  
Sanitary Certificate for Export of Day Old Turkeys to the Kingdom of Morocco  
from the United States of America*

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Expéditeur (nom et adresse complète) /<br>Exporter (name and full address)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Autorité compétente / Competent Authorities:<br>USDA APHIS-VS                                                                                                                                 |
| Destinataire (nom et adresse complète) /<br>Consignee (name and full address):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pays d'origine/Country of Origin:<br>United States of America                                                                                                                                 |
| Lieu de chargement / Place of Loading:<br><br>Moyen de transport <sup>1</sup> / Means of Transport <sup>1</sup> :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Adresse du/des couvoirs d'origine / Address of the<br>hatcherie(s) of origin:                                                                                                                 |
| Destination Finale (nom et adresse finale) /<br>Final Destination (Name and full address)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Adresse de la ferme de reproduction d'origine /<br>Address of the Origin Reproduction Farm:                                                                                                   |
| Catégorie / Category <sup>2</sup> :<br><br>- Dindonneaux reproducteurs/ Reproductive Turkey<br>- Élevages de dindes/ Turkey broilers<br>- Autres/ Other _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Quantité (valeur complète en lettres et chiffres) /<br>Quantity (in figures and written out in full):<br><br>Nombre d'oiseaux / Number of Birds:<br><br>Nombre de caisses / Number of crates: |
| Numéro d'identification de l'envoi (numéro de conteneur et de sceau) /<br>Shipment Identification Number (Container number and seal)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |
| Remarques / Notes:<br>a) Un certificat séparé doit être fourni pour chaque lot de dindonneaux âgés d'un jour transportés dans un même wagon, camion, avion, navire vers la même destination. / A separate certificate must be provided for every lot of day old turkeys being shipped in any one freight car, truck, aircraft, or vessel to the same destination.<br>b) Le certificat original doit accompagner l'envoi jusqu'au poste d'inspection frontalier. / The original of the certificate must accompany the shipment until the border inspection point. |                                                                                                                                                                                               |

<sup>1</sup> Indiquer le moyen de transport et, selon le cas, le numéro d'immatriculation, ou le nom officiel / indicate the mean of transport and, as appropriate, the license number or the official name.

<sup>2</sup> Rayez les mentions inutiles / Cross out items that do not apply

Le cachet officiel du vétérinaire désigné doit figurer sur chacune des feuilles individuelles /  
The official stamp of the Official Veterinary Officer must appear on each separate sheet



Je soussigné(e), vétérinaire accrédité par l'USDA, certifie par la présente que: //  
*I undersigned, USDA Accredited Veterinarian, do hereby certify that:*

**I. Origine des Dindonneaux âgés d'un jour / Origin of the Day Old Turkey**

*The Day Old turkeys were hatched in the United States Territory and come from flocks raised in the United States for at least 3 months prior to setting of the eggs that produced the day-old turkeys. // Les dindonneaux âgés d'un jour sont nés dans le Territoire des États-Unis et proviennent de cheptels élevés aux États-Unis pendant au moins 3 mois avant la ponte des œufs.*

**II. Renseignement Sanitaires / Sanitary Informations**

- 1. The United States has a national surveillance program with mandatory reporting for avian influenza which is carried out in uniformity with OIE recommendations.// Les États-Unis disposent d'un programme de surveillance national exigeant le signalement obligatoire des cas d'influenza aviaire conformément aux recommandations d'OIE.*
- 2. The United States is free from Notifiable Avian Influenza as defined in the World Organization for Animal Health (OIE) Terrestrial Code.// Les États-Unis sont indemne de d'influenza aviaire, telle que définie par le code terrestre de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).*

**OR\*/OU\***

*2. The day old chicks originate from parent flocks located in a state free of Notifiable Avian Influenza. The parent flocks have remained in an establishment at least 100 km from any reported cases of Notifiable Avian Influenza for the past 6 weeks prior to export and there has been no epidemiological link with an establishment where Notifiable Avian influenza has been detected during the past 90 days. The parent flocks have been tested for avian influenza with negative results within 21 days prior to laying of the eggs from which the day-old chicks will be hatched. This testing (cloacal and throat or oropharyngeal swab) must be carried out on at least 60 birds (or all of the birds if the parent flock contains less than 60 birds). // Les dindonneaux d'un jour sont issus des troupeaux parentaux situés dans un État indemne d'influenza aviaire à déclaration obligatoire et ayant séjourné dans un établissement situé à au moins 100 km de tout cas déclaré d'influenza aviaire au cours des six dernières semaines ayant précédé l'exportation, et il n'a aucun lien épidémiologique avec un établissement dans lequel l'influenza aviaire à déclaration obligatoire n'a été détecté au cours des 90 derniers jours. Les troupeaux parentaux ont été soumis au cours des 21 jours précédant la ponte des œufs dont sont issus les dindonneaux d'un jour, à un test de dépistage individuel de l'influenza aviaire, dont les résultats ont été négatifs, effectué sur un échantillon aléatoire d'écouvillonnage cloacaux et trachéaux ou oropharyngés prélevés sur au moins 60 volailles (ou sur toutes les volailles si l'établissement en compte moins de 60 têtes.)*

**OR\*/OU\***

*2. The day old chicks originate from parent flocks that have remained in an establishment at least 100 km from any reported cases of Notifiable Avian Influenza for the past 6 weeks prior to export and there has been no epidemiological link with an establishment where Notifiable Avian influenza has been detected during the past 90 days. The parent flocks have been tested for avian influenza with negative results within 21 days prior to laying of the eggs from which the day-old chicks will be*

Le cachet officiel du vétérinaire désigné doit figurer sur chacune des feuilles individuelles /  
*The official stamp of the Official Veterinary Officer must appear on each separate sheet*



*hatched. This testing (cloacal and throat or oropharyngeal swab) must be carried out on at least 120 birds (or all of the birds if the parent flock contains less than 120 birds). // Les dindonneaux d'un jour sont originaires de troupeaux parentaux ayant séjourné dans un établissement situés à au moins 100 km de tout cas déclaré d'influenza aviaire à déclaration obligatoire au cours des six dernières semaines ayant précédé l'exportation, et il n'a aucun lien épidémiologique avec un établissement dans lequel l'influenza aviaire a été déclaré au cours des 90 derniers jours. Les troupeaux parentaux ont été soumis au cours des 21 jours précédant la ponte des œufs dont sont issus les dindonneaux d'un jour, à un test de dépistage individuel de l'influenza aviaire, dont les résultats ont été négatifs, réalisé sur un échantillon aléatoire d'écouvillonnage cloacaux et trachéaux ou oropharyngés prélevés sur au moins 120 volailles (ou sur toutes les volailles si le troupeau en compte moins de 120 têtes.)*

3. *The United States is free from Newcastle Disease as defined in the World Organization for Animal Health (OIE) Terrestrial Code. // Les États-Unis sont indemne de la maladie de Newcastle, telle que définie par l'Organisation code de la santé animale (OIE).*

#### OR\*/OU\*

3. *The parent flocks have remained in an establishment at least 25km from any reported cases of Newcastle disease for the past 6 months prior to export.// Les cheptels parentaux ont demeuré dans un établissement à un minimum de 25 km de tout de la maladie de Newcastle obligatoirement signalé et ce pendant les 6 mois avant l'exportation.*

4. *The day-old turkeys described in this certificate fulfill the following requirements:// Les dindonneaux âgés d'un jour décrits sur le présent certificat proviennent de cheptels de reproduction :*

- a. *Come from a flock that is accredited by the National Poultry Improvement Plan (NPIP) of the US Department of Agriculture and the farms are subject to official sanitary and veterinary control ;// Proviennent de cheptels accrédités par le National Poultry Improvement Plan (NPIP) du Ministère de l'agriculture des États-Unis, et les fermes font l'objet de contrôles sanitaires et vétérinaires réguliers;*
- b. *Were hatched from eggs originating from flocks: // Ont éclos d'œufs provenant de cheptels :*
  - i. *That were held in the farm(s) of origin for at least two months preceding export and are not subject to any prohibition for sanitary reasons. // Qui furent détenus aux fermes d'origine pendant au moins deux mois suite à l'exportation des œufs dans cette entente, et qui ne font pas l'objet d'une interdiction pour des raisons sanitaires;*
  - ii. *That were examined within 30 days of setting of the eggs that produced the day-old turkeys and did not show clinical signs of disease; / Qui furent examinés dans les 30 jours suivant la ponte des œufs, et qui ne démontraient aucun signe clinique de la maladie;*
  - iii. *Are subject to official sanitary control and where no case of the following diseases has been officially recorded for over 3 months: / Qui font l'objet d'un contrôle sanitaire officiel, et où il n'y a eu aucun cas des maladies suivantes au cours des derniers 3 mois :*  
*Fowl pox, mycoplasmosis, salmonellosis, Infectious rhinotracheitis, haemorrhagic enteritis, fowl cholera, Avian reticuloendotheliosis, colibacillosis. // variole aviaire, mycoplasmosse, salmonellose, rhinotrachéite infectieuse, entérite hémorragique, choléra aviaire, Réticuloendothéliose*

aviaire, colibacillose.

- iv. *The parents, and the grand-parents, the farms, and the hatcheries of origin of the day-old-turkey are certified to be free of the diseases due to the following infectious agents: // Les parents, grands-parents, fermes et couvoirs d'origine des dindonneaux âgés d'un jour sont certifiés exempts de maladies en raison des agents infectieux suivants:*

*Salmonella pullorum, S. gallinarum, S. enteridis, S. typhimurium, S. arizonae, Mycoplasma gallisepticum, M. synoviae and Mycoplasma meleagridis. // Salmonella pullorum, S. gallinarum, S. enteridis, S. typhimurium, S. arizonae, Mycoplasma gallisepticum, M. synoviae et Mycoplasma meleagridis.*

- v. *That have not been vaccinated against Newcastle disease // Qui n'ont pas été vaccinés contre la maladie de Newcastle*

**OR\*/OU\***

- v. *That were subject to a vaccination protocol for Newcastle Disease of which inactivated virus vaccine was used as the most recent booster shot: // Qui furent l'objet d'un protocole de vaccination contre la maladie de Newcastle, pour lequel un vaccin viral inactivé fut utilisé comme l'injection de rappel la plus récente :*

| À l'âge de // At the Age of | Nom, type de vaccin (vivant/inactif), et souche utilisée contre la maladie de Newcastle//<br>Name, Type of Vaccine (Alive, Inactivated), and Strain used against the Newcastle Disease. |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                                                                                                                                                                                         |

- vi. *The turkey day old chicks will not have contact with poultry not complying with the conditions of this health certificate, especially with wild birds. // Les dindonneaux d'un jour n'ont pas entré en contact avec des volailles non conformes aux conditions de ce certificat de santé, notamment des volailles sauvages.*
- vii. *The turkey day old chicks originate from hatcheries in compliance with current OIE recommended biosecurity measures. // Les dindonneaux d'un jour proviennent de couvoirs conformes aux mesures de l'OIE relatives à la biosécurité.*
- viii. *The chicks will be hatched from eggs that were marked prior to being sent to the hatchery and disinfected in compliance with the instructions of the competent veterinary authority. // Les dindonneaux ont éclos d'œufs marqués avant d'avoir été envoyés et désinfectés conformément aux directives du vétérinaire compétent.*

**III. Renseignements sur le Transport / Information on Transportation**

- The day old turkeys must be transported appropriately using new and clean material. // Les dindonneaux âgés d'un jour doivent être transportés correctement en utilisant des matériaux nouveaux et propres.*
- Lots must bear identification marks and must include the following information: // Les lots doivent porter une marque d'identification. Cette marque doit inclure les renseignements suivants:*
  - Country of Origin // Pays d'origine*

*Le cachet officiel du vétérinaire désigné doit figurer sur chacune des feuilles individuelles /  
The official stamp of the Official Veterinary Officer must appear on each separate sheet*

Numéro du Certificat Sanitaire /  
Sanitary Certificate Number: \_\_\_\_\_

- b. *Exporter* // Exportateur
- c. *Importer* // Importateur
- d. *Nature of Product* // Nature du produit
- e. *Registration Number of the Producer* // Numéro d'accréditation des producteurs
- f. *Number of the Flock of Origin* // Numéro du cheptel d'origine
- g. *Strain of Origin* // Souche d'origine
- h. *Age of Parents at the date of laying of eggs of origin* // Âge des parents à la date de ponte des oeufs d'origine

(\*) line out as appropriate / Rayez au besoin

#### IV. *Endorsement/Approbation*

*Name and address of USDA Accredited Veterinarian in the place of origin (in capital letters): //*  
Nom et adresse du Vétérinaire Accrédité par l'USDA du lieu d'origine (en lettres moulées)

.....  
.....

*Signature and signature date of USDA Accredited Veterinarian in the place of origin: //*  
Signature et date de signature du Vétérinaire Accrédité par l'USDA du lieu d'origine :

.....  
.....

*Name and address of the Federal Veterinarian (in capital letters or stamped): //*  
Nom et adresse du Vétérinaire Fédéral (en lettres moulées)

.....  
.....

*Signature and signature date of the Federal Veterinarian: //*  
Signature et date de signature du Vétérinaire Fédéral :

.....  
*Valid only if the USDA stamp appears over the signature //*  
Valable seulement si le cachet du vétérinaire de l'USDA apparaît sur la signature

Numéro du Certificat Sanitaire /  
Sanitary Certificate Number: \_\_\_\_\_

*This certificate is valid for 10 days starting the day of the shipment and no more than 20 days from date of USDA Accredited Veterinarian's signature.//*

*Ce certificat est valide pendant 10 jours à compter de l'expédition, et pas plus de 20 jours après la date de la signature du vétérinaire accrédité par l'USDA*

Test Chart for Notifiable Avian Influenza / TABLEAU DES TESTS pour d'influenza aviaire déclaration obligatoire

All tests listed had negative results/ Tous les indiques ont produit des résultats négatifs

| Flock Identification (NPIP number)/ Identification | Number of samples tested/ numero de échantillons | Type of test/ Type de test | Test date / Date de test | Name and type of laboratory / Nom et type* de labo |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |
|                                                    |                                                  |                            |                          |                                                    |



Model Certificate #16: Day Old Chicks

| Nom et adresse de l'expéditeur : / <i>Name and address of exporter:</i><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Certificat N°/ <i>Certificate Number:</i><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                        |                     |                        |                    |                        |                     |                        |                          |                      |                     |                        |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|------------------------|--------------------|------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Pays de destination: / <i>Destination Country</i><br><i>Morocco</i><br><br>Nom et adresse du destinataire: / <i>Name and full address of consignee:</i><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Certificat sanitaire vétérinaire pour<br><b>l'importation au Maroc de poussins d'un jour à partir des Etats Unis</b><br><i>Veterinary Health Certificate for Imports Into Morocco of Day Old Chicks from the United States of America</i><br><br>Pays d'origine et d'expédition: / <i>Country of Origin and dispatch:</i><br><i>United States of America</i><br><br>Services vétérinaires de/ <i>Veterinary Services</i><br><i>USDA-APHIS-Veterinary Services</i><br><br>Lieu d'expédition: / <i>Place of dispatch:</i><br><br> |                          |                        |                     |                        |                    |                        |                     |                        |                          |                      |                     |                        |  |  |  |  |  |  |
| Nature et identification du moyen de transport : / <i>Means of transportation (mode of transport and identification):</i><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Noms (s) et adresses (s) de/des l'établissement (s) producteur (s) et numéro (s) d'agrément: / <i>Name(s) and address(es) of the production facility(ies):</i><br><br>Codes (s) troupeau (x): <i>Flock Approval Number :</i><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                        |                     |                        |                    |                        |                     |                        |                          |                      |                     |                        |  |  |  |  |  |  |
| <p align="center"> <b>IDENTIFICATION DES POUSSINS D'UN JOUR</b><br/> <b>IDENTIFICATION OF DAY OLD CHICKS</b><br/>         (Conformément aux numéros d'identification mentionnés ci-dessus)<br/>         (In accordance with the identification numbers mentioned above)       </p> <p>         Catégorie : / <i>Category:</i> </p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Nb. total</u></th> <th><u>Nb. mâles</u></th> <th><u>Nb. femelles</u></th> <th><u>Date d'éclosion</u></th> <th><u>Race/souche</u></th> <th><u>Nombre de caise</u></th> </tr> <tr> <th><i>Total Number</i></th> <th><i>Number of males</i></th> <th><i>Number of females</i></th> <th><i>Date of hatch</i></th> <th><i>Breed/Strain</i></th> <th><i>Number of cases</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="height: 150px;"></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <u>Nb. total</u>         | <u>Nb. mâles</u>       | <u>Nb. femelles</u> | <u>Date d'éclosion</u> | <u>Race/souche</u> | <u>Nombre de caise</u> | <i>Total Number</i> | <i>Number of males</i> | <i>Number of females</i> | <i>Date of hatch</i> | <i>Breed/Strain</i> | <i>Number of cases</i> |  |  |  |  |  |  |
| <u>Nb. total</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <u>Nb. mâles</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <u>Nb. femelles</u>      | <u>Date d'éclosion</u> | <u>Race/souche</u>  | <u>Nombre de caise</u> |                    |                        |                     |                        |                          |                      |                     |                        |  |  |  |  |  |  |
| <i>Total Number</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <i>Number of males</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <i>Number of females</i> | <i>Date of hatch</i>   | <i>Breed/Strain</i> | <i>Number of cases</i> |                    |                        |                     |                        |                          |                      |                     |                        |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                        |                     |                        |                    |                        |                     |                        |                          |                      |                     |                        |  |  |  |  |  |  |

**I. Origine des poussins d'un jour/ Origin of Day Old Chicks**

Les poussins d'un jour sont nés dans le Territoire des États-Unis et proviennent de cheptels élevés aux États-Unis pendant au moins 3 mois avant la ponte des œufs. / *The Day Old Chicks were hatch in the United States and come from flocks raised in the United States for at least 3 months before the laying of eggs.*



## **II. Renseignement Sanitaires / Sanitary Information**

1. Les États-Unis disposent d'un programme de surveillance national exigeant le signalement obligatoire des cas d'influenza aviaire à déclaration obligatoire conformément aux recommandations d'OIE. / *The United States has a national surveillance program with mandatory reporting for avian influenza which is carried out in uniformity with OIE recommendations.*
2. Les États-Unis sont indemnes d'influenza aviaire à déclaration obligatoire, telle que définie par le code terrestre de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). / *The United States is free from notifiable Avian Influenza (AI), as defined by the Terrestrial Code of the World Organization for Animal Health (OIE).*

### **OU\*/OR\***

2. Les poussins d'un jour proviennent de troupeaux parentaux situés dans un Etat indemne d'influenza aviaire à déclaration obligatoire et ayant séjourné dans un établissement à un minimum de 100 km de tout cas d'influenza aviaire à déclaration obligatoire au cours des six dernières semaines ayant précédé l'exportation, et il n'existe aucun lien épidémiologique avec un établissement dans lequel l'influenza aviaire à déclaration obligatoire a été déclaré au cours des 90 derniers jours. Les troupeaux parentaux ont été soumis à un test de dépistage individuel de l'influenza aviaire, dont les résultats ont été négatifs, au cours des vingt et un jours ayant précédé la collecte des œufs dont les poussins d'un jour sont issus et qui a été effectué sur un échantillon aléatoire d'écouvillonnage cloacaux et trachéaux/ou oropharyngés prélevés sur au moins 60 volailles de l'établissement ou sur tous les animaux si l'établissement en compte moins de 60 / *The Day Old Chicks originate from parent flocks located in a state free of notifiable Avian Influenza, the flocks have remained in an establishment at least 100 km from any reported case of notifiable Avian Influenza for the past 6 weeks prior to export, and there has been no epidemiological link with any establishment where notifiable Avian Influenza has been reported during the past 90 days. The flocks have been subjected to an individual test for Avian Influenza with negative results within 21 days prior to laying of the eggs from which the Day Old Chicks. This testing is performed on a random sampling (via cloacal and tracheal or oropharyngeal swabs), and must be carried out on at least 60 birds, or all of the birds of the flock contains less than 60 birds. (The laboratory test results are included with this certificate).*

Date de prélèvement de l'échantillon : / *Date of sampling :*

### **OU\*/ OR\***

2. Les poussins d'un jour sont originaires de troupeaux parentaux ayant séjourné dans un établissement situés à au moins 100 km de tout cas d'influenza aviaire à déclaration obligatoire au cours des six dernières semaines ayant précédé l'exportation et il n'existe aucun lien épidémiologique avec un établissement dans lequel l'influenza aviaire à déclaration obligatoire a été déclaré au cours des 90 derniers jours. Les troupeaux parentaux ont été soumis à un test de dépistage individuel de l'influenza aviaire, dont les résultats ont été négatifs, au cours des vingt et un jours ayant précédé la collecte des œufs dont les poussins d'un jour sont issus et qui a été effectué sur un échantillon aléatoire d'écouvillonnage cloacaux et trachéaux/ou oropharyngés prélevés sur au moins 120 volailles de l'établissement ou sur tous les animaux si l'établissement en compte moins de 120 (les bulletins d'analyses de laboratoires sont joints à ce certificat). / *The Day Old Chicks originate from parent flocks that have remained in an establishment at least 100 km from any reported cases of notifiable Avian Influenza for the past six weeks prior to export and there has been no epidemiological link with an establishment where notifiable Avian Influenza has been reported during the past 90 days. The flocks have been subjected to an individual test for Avian Influenza*

*with negative results within 21 days prior to laying of the eggs from which the Day Old Chicks. This testing is performed on a random sampling (via cloacal and tracheal or oropharyngeal swabs), and must be carried out on at least 120 birds, or all of the birds if the flock contains less than 120 birds.*

Date de prélèvement de l'échantillon: / Date of sampling : \_\_\_\_\_

3. Les Etats-Unis sont indemnes de la maladie de Newcastle conformément au code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE. / *The United States is free from Newcastle disease as defined in the World Organization for Animal Health OIE Terrestrial Code.*

**OU\*/ OR\***

3. Les cheptels parentaux ont demeuré dans un établissement à un minimum de 25 km de tout cas de la maladie de Newcastle obligatoirement signalé et ce pendant les 6 mois avant l'exportation. / *The parent flocks have remained in an establishment at least 25km from any reported cases of Newcastle disease for the past 6 months prior to export.*
4. Les œufs dont sont issus les poussins objet de cet envoi: / *The Day Old Chicks were hatched from eggs that:*
  - a) sont marqués conformément aux instructions de l'autorité vétérinaire compétente avant d'être expédiés au couvoir. / *Were marked in compliance with the instructions of the competent veterinary authority, before being sent to the hatchery.*
  - b) ont été désinfectés conformément aux instructions de l'autorité vétérinaire compétente. / *Were disinfected in compliance with the instructions of the competent veterinary authority*
  - c) sont éclos dans des couvoirs agréés, situés dans une zone conforme au point 2 et 3, et ne font l'objet d'aucune mesure d'interdiction pour des raisons sanitaires et dont l'agrément n'est pas suspendu ou retiré. / *Were hatched in approved hatcheries, situated in an area that complies with paragraphs 2 and 3, have not been the subject of any prohibition measure for health reasons, and have not had their approval suspended or withdrawn.*
  - d) Proviennent de cheptels accrédités par le National Poultry Improvement Plan (NPIP) du Ministère de l'agriculture des États-Unis, et les fermes font l'objet de contrôles sanitaires et vétérinaires réguliers. / *Come from flocks accredited by the National Poultry Improvement Plan (NPIP) of the USDA, and the farms are subject to regular sanitary and veterinary checks.*
5. Les poussins d'un jour n'ont pas eu de contact avec des volailles ne répondant pas aux conditions du présent certificat, notamment avec des oiseaux sauvages. / *The Day Old Chicks will not have contact with poultry not complying with the conditions of this health certificate, particularly with wild birds.*
6. Les poussins d'un jour proviennent d'élevages: / *Day Old Chicks come from farms:*
  - a) soumis au contrôle sanitaire officiel et dans lesquels aucun cas des maladies suivantes n'a été enregistré depuis plus de 3 mois avant expédition des poussins : maladie de Gumboro, maladie de Marek, bronchite infectieuse, laryngotrachéite infectieuse, variole aviaire, chlamydiose, pasteurellose, encéphalomyélite aviaire, mycoplasmoses, salmonelloses, colibacilloses et choléra aviaire. / *That are subject to official health checks and where none of the following diseases have been recorded for at least 3 months prior to dispatch: Gumboro disease, Marek's disease, infectious bronchitis, infectious laryngotracheitis, fowl pox, chlamydiosis, avian pasteurellosis, avian encephalomyelitis, mycoplasmosis, salmonellosis, colibacillosis, fowl cholera.*



b) soumis régulièrement au contrôle sanitaire officiel et dont les résultats se sont révélés négatifs à l'égard des infections suivantes: / *That are subject to testing with negative results for the following diseases :*

- i. Pullorose : sérologie sur 60 animaux par troupeau à l'élevage ou bactériologie sur 20 poussins de deuxième choix par troupeau au couvoir, datant de moins de 2 mois de leur expédition vers le Maroc; / *Salmonella pullorum : Serology on 60 birds per flock in the farm or bacteriology on 20 chicks of second choice per flock at the hatchery, dating less than 2 months from their shipment to Morocco;*

**OU\*/ OR\***

- i. Les élevages et les couvoirs d'origine des poussins d'un jour sont certifiés indemnes de pullorose *The farms, and the hatcheries of origin of the Day Old Chicks are certified to be free of Salmonella pullorum.*
- ii. Autres salmonelloses : à *S. enteritidis*, *S. typhimurium* et *S. arizonae*: bactériologie sur litières à l'élevage ou dans l'éclosoir à la sortie des poussins de même origine au couvoir datant de moins de 2 mois de leur expédition vers le Maroc; / *Other Salmonellosis : S. enteritidis, S. typhimurium and S. arizonae : bacteriology on animal litter in the farm, or in the hatchery of the chicks to be exported, dating less than 2 months from their shipment to Morocco;*

**OU\*/ OR\***

- ii. Les élevages et les couvoirs d'origine des poussins d'un jour sont certifiés indemnes de *Salmonella enteritidis*, *S. typhimurium* and *S. arizonae* / *The farms, and the hatcheries of origin of the Day Old Chicks are certified to be free of Salmonella enteritidis, S. typhimurium and S. arizonae.*
- iii. Mycoplasmes : à *M. gallisepticum* et *M. synoviae* : sérologie sur 60 sujets par troupeau d'origine datant de moins de 2 mois de leur expédition vers le Maroc. / *Mycoplasmas: M. gallisepticum and M. synoviae: serology on 60 subjects by flock of origin dating from less than 2 months of their shipment to Morocco.*

**OU\*/ OR\***

- iii. Les élevages et les couvoirs d'origine des poussins d'un jour sont certifiés indemnes de *Mycoplasma gallisepticum* and *M. synoviae*. / *The farms, and the hatcheries of origin of the Day Old Chicks are certified to be free of Mycoplasma gallisepticum and M. synoviae*

c) dont les parentaux n'ont pas été vaccinés contre la maladie de Newcastle. / *Whose parents have not been vaccinated against Newcastle disease.*

**OU\*/ OR\***

- c) qui ont subi un protocole complet de vaccination contre la maladie de Newcastle, depuis plus de 4 semaines avant l'exportation à l'aide d'un vaccin à virus inactivé ou à un vaccin vivant de souche lentogène. / *That were subject to a vaccination protocol for Newcastle disease, more than 4 weeks before the export, with an inactivated vaccine or live lentogenic strain vaccine.*

- d) proviennent de couvoirs dont les produits sont régulièrement contrôlés vis-à-vis de. / *Come from hatcheries whose products are regularly checked against :*

la salmonellose : *S. pullorum-gallinarum, enteritidis, typhimurium et arizonae.* / *Salmonella: S. pullorum, S. gallinarum, S. enteritidis, S. typhimurium and S. arizona.*

7. Les analyses ont été effectuées dans un laboratoire agréé par les services vétérinaires et leurs bulletins sont joints au présent certificat. / *The tests were conducted in a laboratory approved by the veterinary services and the laboratory reports are included with this certificate.*

*NB : Ce certificat est valable dix jours à compter de la date de sa signature. / This certificate is valid for 10 days from the date of USDA accredited veterinarian signature*

*(\*) : Rayer la mention inutile / (\*) Delete as appropriate*

### **III. CERTIFICATION / CERTIFICATION:**

Je soussigné vétérinaire officiel certifie que les poussins d'un jour décrits ci-dessus remplissent les conditions sanitaires qui suivent. / *I, the undersigned USDA accredited veterinarian, do hereby certify that the Day Old Chicks described above meet the sanitary requirements as outlined on this certificate.*

Nom en caractères d'imprimerie du vétérinaire agréé par l'USDA: / *Printed name of USDA accredited veterinarian:*

Signature du vétérinaire agréé par l'USDA: / *Signature of USDA accredited veterinarian:*

\_\_\_\_\_ Date / Date \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA: / *Printed name of endorsing USDA Veterinarian:*

\_\_\_\_\_

Titre et adresse de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA: / *Title and Address of endorsing USDA Veterinarian:*

\_\_\_\_\_

Signature de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA: / *Signature of endorsing USDA Veterinarian:*

\_\_\_\_\_ Date / Date \_\_\_\_\_

**FIN DU CERTIFICAT / END OF CERTIFICATE**

**CERTIFICAT SANITAIRE POUR L'IMPORTATION  
AU MAROC DE CHIENS ET DE CHATS EN PROVENANCE DES  
ETATS UNIS D'AMERIQUE  
*HEALTH CERTIFICATE TO IMPORT DOGS AND CATS FROM  
THE UNITED STATES OF AMERICA (USA) INTO MOROCCO***

**MINISTÈRE/MINISTRY:** *United States Department of Agriculture*

**SERVICE/SERVICE :** *USDA-APHIS-Veterinary Services*

**I- IDENTIFICATION DES ANIMAUX /ANIMALS IDENTIFICATION:**

| Marque d'identification (tatouage,<br>puce ou marque permanente)<br><i>Permanent identification mark<br/>(tattoo or microchip)</i> | Espèce<br><i>Species</i> | Race<br><i>Breed</i> | Sexe<br><i>Sex</i> | Age<br><i>Age</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
|                                                                                                                                    |                          |                      |                    |                   |

**II- PROVENANCE DES ANIMAUX /ANIMALS ORIGIN :**

- Nom et adresse de l'établissement de provenance/*Name and address of establishment of origin :*
- Nom et adresse de l'expéditeur/ *Name and address of consignor :*
- Lieu d'origine des animaux/ *Animals place of origin :*

**III- DESTINATION DES ANIMAUX/ANIMALS DESTINATION :**

- Nom et adresse du destinataire/ *Name and address of consignee :*
- Adresse de l'établissement de destination/ *Address of establishment of destination :*



Certificat sanitaire N°: .....

Fait à/ *Place*

le/ *Date*

Le vétérinaire agréé par l'USDA (nom et  
adresse) / *USDA-accredited veterinarian*  
(*name and address*)

Signature/*Signature*

**Visa de l'autorité compétente (USDA APHIS)**  
*Endorsement by the competent authority (USDA APHIS)*

Nom (en lettres majuscules) / *Name (in capital letters)* :

Qualification et titre / *Qualification and title* :

Date / *Date* :

Signature/ *Signature*

Cachet officiel/*Official stamp*

**NB : Après visa de l'autorité compétente (USDA APHIS), ce certificat a une durée de validité de 3 jours avant le départ des animaux vers le Maroc / *After endorsement by the competent authority (USDA APHIS), this certificate is valid for 3 days prior to the departure of the animals to Morocco.***

Certificat sanitaire No:.....

VII. ADDENDA : / *ADDENDUM* :

Je soussigné, vétérinaire agréé par l'USDA certifie que les animaux désignés au niveau du certificat sanitaire n° ..... : / *I, the undersigned USDA-accredited veterinarian, do hereby certify that the animals described in the health certificate N° .....*

Ont été examinés au cours des 24 dernières heures et ont été jugés en bonne santé et n'ont montré aucun signe clinique de maladies contagieuses spécifiques à l'espèce le jour de l'expédition. / *Have been examined within the last 24 hours, and have been found to be in good health and have shown no clinical signs of contagious diseases specific to the species on the day of shipment.*

Nom en caractères d'imprimerie du vétérinaire agréé par l'USDA : / *Printed name of USDA accredited veterinarian:*

---

Signature du vétérinaire agréé par l'USDA : / *Signature of USDA accredited veterinarian:*

---

Date / *Date* \_\_\_\_\_

Cet addendum n'a aucune valeur sans être associé au certificat sanitaire portant n° ..... /  
*This addendum has no value without its association to the health certificate N° .....*

Model Certificate #18: Pet Food

Health Certificate Number / Numéro de certificat :

(Valid Only if the USDA Veterinary Seal appears over the certificate number)/  
(Valable que si le sceau vétérinaire USDA apparaît sur le numéro de certificat)

**Model Sanitary Certificate  
for export of pet food  
from the United States of America to the Kingdom of Morocco**

*Modèle de certificat sanitaire  
pour l'exportation d'aliments pour animaux de compagnie  
en provenance des États-Unis d'Amérique au Royaume du Maroc*

Exporting Country / Pays expéditeur : UNITED STATES OF AMERICA

Ministry of / Ministère de : UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE

Department / Service : ANIMAL AND PLANT HEALTH INSPECTION SERVICE

**I. Product Identification / Identification des produits :**

Type of products / Nature des produits :

Number of Packages / Nombre de colis :

Type of Packaging / Nature de l'emballage :

Net Weight / Poids net :

Means of Transport / Moyen de transport :

Container Number / Numéro de conteneur :

Seal Number / Numéro scellé :

|                                            |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|--|
| Lot Number /<br>Numéro du Lot              |  |  |  |  |
| Quantity / Lot<br>Quantité / Lot           |  |  |  |  |
| Production Date /<br>Date de<br>Production |  |  |  |  |
| Expiration Date /<br>Date de<br>Péremption |  |  |  |  |

Country of Origin / Pays d'Origine :

State of Origin / État d'Origine :

Establishment Number / Numéro d'établissement:

Manufacturer Address / L'adresse du Fabricant:

Health Certificate Number / *Numéro de certificat* :

(Valid Only if the USDA Veterinary Seal appears over the certificate number) /  
(Valable que si le sceau vétérinaire USDA apparaît sur le numéro de certificat)

## II. Product Destination / *Destination des Produits* :

Name and Address of the Consignor / *Nom et adresse de l'expéditeur*:

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

Name and Address of the Consignee / *Nom et adresse du destinataire*:

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

## III. Sanitary Information / *Renseignements sanitaires* :

I, the undersigned, official veterinarian, do hereby certify that / *Le vétérinaire inspecteur officiel soussigné certifie que*:

1a. In the case of processed dry or semi-moist pet food, the product has been subjected to a heat treatment of at least 90°C for 1 second, or to 80 °C for nine minutes, or to 70 °C for 30 minutes. / *Concernant les aliments traités, secs ou semi-humides animaux de compagnie, le produit a été soumis à un traitement thermique d'au moins 90°C pendant 1 seconde ou à 80°C pendant neuf minutes ou à 70°C pendant 30 minutes.*

1b. In the case of canned pet food or retort pouches, the product has been subjected to heat treatment to a minimum Fc value of 3.0 in hermetically sealed containers. / *Concernant les aliments en boîte ou en sachet pour animaux de compagnie, le produit a été soumis à un traitement thermique d'une valeur Fc minimale de 3,0 dans des conteneurs scellés hermétiquement.*

2. The product was subjected to routine sampling for salmonella with negative results. / *Le produit a été soumis à une analyse de routine des échantillons à la recherche de salmonelle ayant généré des résultats négatifs.*

3. The finished product was handled and packed in a manner to prevent contamination following heat treatment. / *Le produit fini a été manipulé puis emballé en suivant un processus conçu pour prévenir de contamination suite au/ après le traitement thermique.*

Health Certificate Number / Numéro de certificat :

(Valid Only if the USDA Veterinary Seal appears over the certificate number)/  
(Valable que si le sceau vétérinaire USDA apparaît sur le numéro de certificat)

4. The product was derived from animal origin ingredients (other than those derived from aquatic animals, eggs, or milk) that are derived from animals that passed ante-mortem inspection for slaughter for human consumption, and that were found to be free of clinical signs of BSE (Bovine Spongiform Encephalopathy). / *Le produit a été développé à partir d'ingrédients d'origine animale (autres que ceux dérivés d'animaux marins, d'œufs ou de lait) obtenus auprès d'animaux ayant subi une inspection ante mortem à l'abattage afin de vérifier la conformité avec la consommation par les êtres humains et dont les analyses ont révélé l'absence de signes cliniques de ESB (encéphalopathie spongiforme bovine).*

5. The product is free for sale in the United States for animal consumption. / *Le produit est disponible à la vente aux États-Unis et est adapté à la consommation par les animaux.*

6. The product was derived from animal origin ingredients (other than those derived from aquatic animals, eggs, or milk) that are derived from animals slaughtered in establishments that are approved and supervised by the competent authority. / *Le produit a été développé à partir d'ingrédients d'origine animale (autres que ceux dérivés d'animaux marins, d'œufs ou de lait) obtenus auprès d'animaux ayant été abattus dans des établissements approuvés et supervisés par les autorités compétentes.*

7. The product was produced in an establishment that is under the supervision of the competent authority in the United States. / *Le produit a été produit au sein d'un établissement placé sous la supervision des autorités compétentes aux États-Unis.*

8. The product is labeled in a way to allow identification of the manufacturing facility. / *Le produit est étiqueté d'une manière à faciliter l'identification du site de production.*

9. The product does not contain any bovine-origin ingredients other than the following: / *Le produit ne contient pas d'ingrédients d'origine bovine autres que les produits suivants :*

- Dairy and/or tallow with a maximum level of insoluble impurities of 0.15% by weight and/or gelatin and/or collagen; / *Produit laitier et/ou suif contenant un niveau maximal d'impuretés insolubles de 0,15% du poids et/ou gélatine et/ou collagène ;*
- Bovine ingredients legally imported from countries recognized by the World Organization for Animal Health as having a negligible risk for bovine spongiform encephalopathy (BSE); and/or / *Des ingrédients d'origine bovine importés légalement de pays reconnus par l'Organisation mondiale de la Santé animale et présentant un risque négligeable d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ; et/ou*
- Bovine ingredients free of the following Cattle Material Prohibited in Animal Feed (CMPAF): / *Des Ingrédients d'origine bovine libre de la suite du matériel bovin interdite dans l'alimentation animale:*
  - the entire carcass of bovine spongiform encephalopathy (BSE)-positive cattle / *la carcasse entière d'un bœuf positif à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB);*
  - the brains and spinal cords from cattle 30 months of age and older / *le cerveau et la moelle épinière d'un bœuf de plus de 30 mois;*



Health Certificate Number / Numéro de certificat :

(Valid Only if the USDA Veterinary Seal appears over the certificate number)/  
(Valable que si le sceau vétérinaire USDA apparaît sur le numéro de certificat)

- the entire carcass of cattle not inspected and passed for human consumption, unless the cattle are less than 30 months of age or the brains and spinal cords have been effectively removed; / la carcasse entière d'un bœuf n'ayant pas été soumise à l'inspection nécessaire à la consommation par des êtres humains sauf si le bœuf est âgé de moins de 30 mois et si le cerveau et la moelle épinière ont été efficacement enlevés;
- tallow derived from bovine spongiform encephalopathy (BSE)-positive cattle; and / suif provenant d'un bœuf positif à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB); et
- tallow derived from Cattle Material Prohibited in Animal Feed (CMPAF) that contains more than 0.15% insoluble impurities. / suif provenant du matériel bovin interdite dans l'alimentation animale contenant plus de 0,15 % d'impuretés insolubles.

Signed in (City/State) / Fait à : .....  
On (date) / Le (date) : .....

.....  
Stamp and Signature of the Official Inspector  
Cachet et signature de l'Inspecteur Officiel

.....

Name in Capital Letters, Title of the Signatory  
Nom en capitales, Titre du Signataire

Model Certificate #19: Fishery and Aquaculture

**Health Certificate for Import**

**To the Kingdom of Morocco from the United States of America**

**Of Fishery and Aqua cultural Products Intended for Human Consumption/**

**Certificat Sanitaire Relatif à l'Importation Au Royaume du Maroc à Partir des Etats-Unis**

**d'Amérique des Produits de la Pêches Destines à la Consommation Humaine**

N° .....

Pays expéditeur/ Exporting country : .....

Ministère(ou Département) /Ministry (or department) : .....

Service /Service: .....

**I- Identification des produits /IDENTIFICATION OF PRODUCTS :**

Nature des produits de la pêche et de l'aquaculture <sup>(1)</sup> /Type of fishery or aquacultural products <sup>(1)</sup>:

Espèce (nom scientifique) /Species (scientific name): .....

Présentation commerciale/Commercial presentation : .....

Type de traitement <sup>(2)</sup> / Type of treatment<sup>(2)</sup>: .....

Nature de l'emballage /Type of packaging : .....

Nombre de pièces ou d'unités d'emballage /Number of pieces or packages : .....

Température de stockage et de transport requise/ Storage and transport temperature requirements : ....

| Lots/Code | Nombre de Sacs/Cartons<br>Cartons Number of bags<br>(boxes) | Poids net<br>/ net weight | Date de production<br>/ Production date | Date de péremption<br>/Expiration date |
|-----------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
|           |                                                             |                           |                                         |                                        |

**II- Origine des produits/ Origin of products:**

Pays d'origine/ Country of origin : .....

Nom(s) et numéro(s) d'agrément officiel de l'(des) établissement(s) de provenance /Name (s) and approval number (s) of establishment (s) from : .....

Nom et adresse de l'expéditeur/ Name and address of consignor: .....

**III- Destination des produits /Destination of products :**

Les produits susvisés sont expédiés / The above products are shipped :

De (pays et lieu d'expédition) /From (country and place of dispatch) : .....

A (pays et lieu de destination) /To (country and place of destination) : .....

Date de l'expédition/ Date of Shipment : .....

Nature et identification du moyen de transport/ Nature and identification of means of transport: .....

N° du scellé /Seal: .....

Nom et adresse du destinataire/ Name and address of consignee : .....

**IV- Renseignements sanitaires/ Health informations :**

Le vétérinaire officiel soussigné, certifie que les produits de la pêche ou de l'aquaculture <sup>(1)</sup> désignés ci-dessus  
The undersigned official veterinarian, certify that the fishery or aquacultural products <sup>(1)</sup> described above:

1) Lorsqu'il s'agit de produits de l'aquaculture/ In the case of aquaculture products :

- Si les produits sont d'une espèce sensible à l'AIS\* et/ou à la NHE\* /If the products are of a species sensitive to the ISA \* and / or NHE \* :

(i) ils proviennent d'une zone considérée comme indemne d'AIS ou de NHE conformément aux normes de l'OIE/ they come from an area considered free of ISA or NHE accordance with OIE standards;

(ii) Ont été mis à mort et éviscérés/ have been slaughtered and eviscerated.

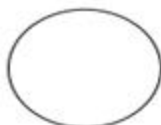
- Si les produits sont d'une espèce sensible à la SHV\* et/ou à la NHI\* / If the products are of a species susceptible to VHS \* and / or IHN \* :

(i) ils proviennent d'une zone considérée comme indemne de SHV ou de NHI conformément aux normes de l'OIE/ they come from an area considered free of VHS or IHN in accordance with OIE standards;

(ii) Ont été mis à mort et éviscérés / have been slaughtered and eviscerated.

- 2) ont été capturés et manipulés à bord des navires conformément aux règles d'hygiène exigées en la matière/ Were caught and handled on board vessels in accordance with hygienic requirements in this area;
- 3) ont été débarqués, manipulés, et le cas échéant, préparés, transformés, congelés, décongelés, emballés, identifiés, entreposés et transportés de façon hygiénique, dans le respect des recommandations du Codex alimentarius/ Were landed, handled and where appropriate prepared processed, frozen, thawed, packaged, marked, stored hygienically in Compliance with the recommendations of Codex Alimentarius;
- 4) ont été soumis à un contrôle sanitaire officiel, conformément à la réglementation en vigueur/ Have been subject to official control in accordance with health regulations;
- 5) proviennent d'un établissement agréé par l'autorité compétente officielle et appliquant un programme fondé sur les principes HACCP, tels que fixés par les recommandations du Codex Alimentarius/ Come from an establishment approved by the competent official authority and implementing a program based on HACCP Principles as laid down by the recommendations of Codex Alimentarius;
- 6) ne proviennent pas d'espèces toxiques ou contenant des biotoxines/ Do not come from toxic species or species containing biotoxins;
- 7) sont conformes aux critères organoleptiques, parasitologiques, microbiologiques et chimiques en vigueur/ Comply with the organoleptic, parasitological, microbiological and chemical current forces;
- 8) ne contiennent aucune substance antiseptique ou autre additifs ou colorants non autorisés et compte tenu des plans de surveillance mis en place par les autorités sanitaires compétentes, ils ne renferment pas de contaminants dus à l'environnement, de résidus de pesticides, d'éléments radioactifs ou de médicaments, en quantité excédant les niveaux admissibles susceptibles de les rendre dangereux ou nocifs pour la santé humaine/ Do not contain any antiseptic or other additives or dyes and unauthorized view of seed monitoring established by the health authorities, they do not contain contaminants from the environment, residues of pesticides, radioactive Elements or of drugs in quantities exceeding the permissible levels may make them dangerous to human health;
- 9) ont satisfait à des épreuves permettant de vérifier leur stabilité (pour les conserves) (1) / Have satisfied the test to verify their stability (for canning products) (1) ;
- 10) sont sains et propres à la consommation humaine/ Are healthy and fit for human consumption;
- 11) ne font l'objet d'aucune restriction de police sanitaire et sont en vente libre dans le pays d'origine/ Are not subject to any animal health restrictions and are freely available in the country of origin.

Fait à / Done at .....le/ in .....  
(Lieu/place) (Date)



Seau officiel/ Official stamp <sup>(3)</sup>

(Nom et prénom en lettres capitales du vétérinaire officiel) (3)  
(Name and surname in block capitals of the official veterinarian)  
(Cachet et signature /Stamp and signature) <sup>(3)</sup>

- \* AIS : Anémie infectieuse du saumon / Infectious salmon anemia;
- \* NHE : Nécrose hématopoïétique épizootique/ Epizootic haematopoietic necrosis ;
- \* SHV : Septicémie Hémorragique virale/ Viral hemorrhagic septicemia;
- \* NHI : Nécrose hématopoïétique infectieuse/ Infectious hematopoietic necrosis.

(1) Rayer la mention inutile/ Delete unnecessary;

(2) Vivants, réfrigérés, congelés, salés, fumés, en conserves, etc/ Live, chilled, frozen, salted, smoked, canned,...

(3) La couleur du seau et de la signature doit être différente de celle des autres mentions du certificat/ The color of the stamp and signature must be different from that of other particulars in the certificate.

Code : I PP 12 / 09.



*Model of the USDA/FAS Radiation letter*

United States  
Department of  
Agriculture



Trade and  
Foreign  
Agricultural  
Affairs

Foreign  
Agricultural  
Service

1400 Independence  
Avenue, SW  
Washington, D.C.  
20250-1052

DATE: June 18, 2019

TO: Whom It May Concern

FROM: Director  
Processed Products and Technical Regulations Division

SUBJECT: Morocco's Requirement for Testing Agricultural Commodities for Radioactivity

The U.S. Food and Drug Administration (FDA) and the U.S. Environmental Protection Agency (EPA) have an ongoing monitoring program that measures levels of radioactivity in the U.S. environment and in the U.S. food supply.

Following the Chernobyl nuclear accident, the President of the United States directed a task force to increase the monitoring system to measure the health and environmental consequence of the accident.

This task force concluded that the radiation from Chernobyl posed no concern or health threat to the U.S. food and fiber supply, the environment or the people.

The following agricultural commodity: Boxed Beef (fresh & frozen) produced in the United States shows levels of radiation at or below normal background levels and far below those considered harmful. Therefore, this commodity may be sold freely without restriction in the U.S. and is safe for all countries importing U.S. products.

Model Certificate #20: Aquatic Animals, Gametes and Eggs of Aquatic Animals intended for Farming, Relaying, or Put and Take Fisheries, and Open Ornamental Facilities.

**MODELE DE CERTIFICAT ZOOSANITAIRE POUR L'IMPORTATION D'ANIMAUX AQUATIQUES VIVANTS, GAMETES ETŒUFS D'ANIMAUX AQUATIQUES DESTINES A L'ELEVAGE, AU REPARCAGE, A DES PECHERIES RECREATIVES AVEC REPEUPLEMENT ET A DES INSTALLATIONS OUVERTS DETENANT DES ESPECES D'ORNEMENTS A PARTIR DES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE VERS LE ROYAUME DU MAROC.**  
**MODEL OF ANIMAL HEALTH CERTIFICATE FOR THE IMPORTATION OF LIVE AQUATIC ANIMALS, GAMETES AND EGGS OF AQUATIC ANIMALS INTENDED FOR FARMING, RELAYING, TO TAKE FISHERIES AND OPEN FACILITIES HOLDING ORNAMENTAL SPECIES FROM THE UNITED STATES OF AMERICA TO THE KINGDOM OF MOROCCO.**

**Partie I: Renseignement concernant le lot expédié / Part I: Information on the consignment shipped**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                                                                                     |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1.1. Expéditeur / Exporter:<br>Nom / Name: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | 1.2. Numéro de référence du certificat / Certificate Reference Number: <input type="text"/>         |               |
| Adresse / Address: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           | 1.3. Autorité compétente / Competent authority:<br>USDA, APHIS, Veterinary Services                 |               |
| 1.4. Destinataire / Destination:<br>Nom / Name: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                                                                     |               |
| Adresse / Address: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                                                                                                     |               |
| 1.5. Pays d'origine / Country of origin: United States of America                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           | 1.6. Zone ou compartiment d'origine / Zone or compartment of origin: <input type="text"/>           |               |
| 1.7. Pays de destination / Destination country: Kingdom of Morocco                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           | 1.8. Zone ou compartiment de destination / Zone or compartment of destination: <input type="text"/> |               |
| 1.9. Lieu d'origine / Place of origin:<br>Nom / Name: <input type="text"/> Exploitation agréée aquaculture / Approved aquaculture facility                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                                                                                                     |               |
| Adresse / Address: <input type="text"/> Autres / Others: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           |                                                                                                     |               |
| Numéro d'autorisation / Authorization number: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                                                                                     |               |
| 1.10. Lieu de chargement / Loading place: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           | 1.11. Date de départ / Date of departure: <input type="text"/>                                      |               |
| 1.12. Moyens de transport / Mode of transport:<br>Avion / Air <input type="radio"/> Navire / Ship <input type="radio"/> Wagon / Wagon <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           | 1.13. Poste d'inspection frontalière prévue / Expected border inspection post: <input type="text"/> |               |
| 1.15. Description de la marchandise / Merchandise Description: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           | 1.14. Numéro(s) des permis de la CITES** / Number (s) of CITES permits **: <input type="text"/>     |               |
| 1.16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           | 1.16. Code marchandise (code ISO) / Merchandise code (Code ISO): <input type="text"/>               |               |
| 1.18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           | 1.17. Quantité ou poids total(e) / Quantity or total weight: <input type="text"/>                   |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           | 1.19. Nombre total de conteneurs / Total number of containers: <input type="text"/>                 |               |
| 1.20. Identification du numéro de conteneurs ou de scelles / Container seal identification number: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                                                                                                     |               |
| 1.22. Marchandise certifiée aux fins de / Certified goods for the purposes of:<br>Reproduction / Reproduction <input type="radio"/> Engraissement / Fattening <input type="radio"/> Abattage / Slaughter <input type="radio"/> Reppeuplement / Stocking <input type="radio"/><br>Usage Ornamental / Ornamental usage <input type="radio"/> Concours, démonstration publique / Competition, Public Exhibition <input type="radio"/><br>Autres / Others (dans ce cas, veuillez spécifier) (In this case, please specify): <input type="text"/> |                                           |                                                                                                     |               |
| 1.23. Pour importation ou admission / For import or admission:<br>Importation définitive / Final importation <input type="radio"/> Readmission / Readmission <input type="radio"/> Admission temporaire / Temporary admission <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                     |               |
| 1.24. Identification des marchandises / Identification of the commodities:<br>Poissons / Fish <input type="radio"/> Crustacés / Crustaceans <input type="radio"/> Mollusques / Mollusks <input type="radio"/><br>Autres / Others (dans ce cas, veuillez spécifier) (In this case, please specify): <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                      |                                           |                                                                                                     |               |
| Espèce (nom scientifique)<br>Species (scientific name)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Quantité ou poids /<br>Quantity or weight | Âge / Age                                                                                           | Sexe*<br>Sex* |
| Système d'identification*<br>Identification system *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           | Numéro de lot*<br>Batch number*                                                                     |               |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                                                                                     |               |



| Partie II : Certificat Sanitaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Numéro de référence du certificat :                        |          | Parte II : Sanitary Certificate                         | Certificate Reference Number: |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| <b>II.1. Exigences générales :</b><br>Je soussigné, inspecteur officiel, certifie que les animaux aquatiques visés à la partie I du présent certificat :<br>II.1.1. ont été inspectés dans les cinq (5) jours qui ont précédé le chargement et ne présentaient aucun signe clinique de maladie ;<br>II.1.2. ne font pas l'objet d'interdictions liées à une hausse inexpliquée de mortalité ;<br>II.1.3. ne sont pas destinés à être détruits ou mis à mort dans le cadre d'un plan d'éradication de maladies ; et<br>II.1.4. proviennent exclusivement d'exploitations agréées et régulièrement surveillées par des autorités compétentes du pays ;<br>II.1.5. dans le cas des mollusques ont fait l'objet d'un examen visuel individuel portant sur chaque partie du lot, sans qu'il y ait été détecté de mollusques appartenant à une autre espèce que celle précisée à la partie I du certificat.<br><br><b>II.2 Exigences applicables aux espèces sensibles aux maladies :</b><br>Je, soussigné, vétérinaire accrédité par l'USDA, certifie que les animaux aquatiques mentionnés dans la partie I de ce certificat, soit :<br>(a) Proviennent d'une installation approuvée qui a testé l'exportation d'animaux aquatiques qui sont des espèces sensibles aux maladies pertinentes énumérées dans le tableau ci-dessous, dans des laboratoires approuvés et trouvés négatifs dans les 30 jours suivant l'exportation ; OU<br>ou (b) Proviennent d'un établissement agréé, déclaré par l'USDA APHIS comme indemne des maladies répertoriées dans les sections 9, 10 et 11 de la version la plus récente du code sanitaire pour les animaux aquatiques de l'OIE, et répertoriées dans le tableau ci-dessous, et<br>i) Lorsque des espèces sensibles aux maladies ne peuvent être introduites que si elles proviennent d'un établissement agréé déclaré par l'USDA APHIS comme indemne de la maladie, et<br>ii) Lorsque les espèces sensibles aux maladies concernées ne sont pas vaccinées contre elles ;<br>iii) Dans lequel la maladie doit être déclarée par l'autorité compétente à l'OIE, et la notification concernant la suspicion de maladie non endémique en question doit conduire à une enquête épidémiologique immédiate par la première.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>II.2. Requirements to species susceptible to diseases:</b><br>I, the undersigned USDA accredited veterinarian, certify that the aquatic animals referred to in Part I of this certificate, either:<br>(a) Come from an approved facility that has tested the aquatic animals export which are species susceptible to the pertinent diseases listed on the table below, in approved laboratories and found negative within 30 days of export; OR<br>or (b) Come from an approved facility, declared by USDA APHIS as free of diseases listed in sections 9, 10 and 11 of the most recent version of the aquatic animal health code of the OIE, and listed on the table below, and<br>i) Where species susceptible to the diseases may only be introduced if they come from an approved facility declared by USDA APHIS as free of the disease, and<br>ii) Where the susceptible species to the relevant diseases are not vaccinated against them, and<br>iii) In which the disease must be reported by the competent authority to the OIE, and notification regarding the suspicion of non-endemic disease in question should lead to an immediate epidemiological investigation by the former.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>MALADIES / DISEASES</th> <th colspan="2">PAYS INDEMNÉ<sup>(a)</sup><br/>FREE COUNTRY<sup>(a)</sup></th> <th colspan="2">ZONE INDEMNÉ<sup>(a)</sup><br/>FREE ZONE<sup>(a)</sup></th> <th colspan="2">EXPLOITATION AGRÉE<br/>AQUACULTURE<br/>APPROVED AQUACULTURE<br/>FACILITY<sup>(a)</sup></th> </tr> <tr> <th></th> <th>Out / Yes</th> <th>Non / No</th> <th>Out / Yes</th> <th>Non / No</th> <th>Out / Yes</th> <th>Non / No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>MALADIES DES MOLLUSQUES / DISEASE OF MOLLUSCS</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à / Infection with <i>Bornavirus</i> exitiosa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à / Infection with <i>Bornavirus</i> ostraeae</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à / Infection with <i>Marteilia refringens</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à / Infection with <i>Perkinsus marinus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à / Infection with <i>Perkinsus obesi</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à / Infection with <i>Xenobolus californiensis</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mortalité virale de l'ormeau / <i>Abalone herpesvirus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>MALADIE DES POISSONS / FISH DISEASES</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nécrose hématoépithéliale épizootique / <i>Epizootic Hematopoietic Necrosis</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nécrose hématoépithéliale infectieuse / <i>Infectious Hematopoietic Necrosis</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Virémie printanière de la carpe / <i>Spring Viraemia of Carp</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Septicémie hémorragique virale / <i>Viral Hemorrhagic Septicemia (VHS)</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anémie infectieuse du saumon / <i>Infectious Salmon Anemia</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Syndrôme ulcéreux épizootique / <i>Epizootic Ulcerative Syndrome (EUS)</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gyrodactyllose (<i>Gyrodactylus salaris</i>) / <i>Gyrodactylus salaris</i> (GS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Iridoviruse de la daurade japonaise / <i>Red Sea Bream Iridovirus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Herpes de la carpe Koi / <i>Koi herpesvirus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>MALADIE DES CRUSTACÉS / CRUSTACEAN DISEASES</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Syndrôme de taurin / <i>Taura syndrome virus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maladie des points blancs / <i>White Spot syndrome virus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maladie de la tête jaune / <i>Yellow head virus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infection à <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> (<i>Hepatopancreatic parvovirus</i>) Infection with <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> (<i>Hepatopancreatic parvovirus</i>)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maladie de nécrose hépatopancréatique aiguë / <i>Acute hepatopancreatic necrosis disease</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nécrose hypodermique et hématoépithéliale infectieuse / <i>Infectious hypodermal and hematopoietic necrosis</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peste de l'écrevisse / <i>Crayfish plague</i> (<i>Aphanomyces astaci</i>)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nécrose musculaire infectieuse / <i>Infectious myonecrosis virus</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maladies des queues blanches / <i>White tail disease</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                            |          |                                                         |                               | MALADIES / DISEASES                                                                  | PAYS INDEMNÉ <sup>(a)</sup><br>FREE COUNTRY <sup>(a)</sup> |  | ZONE INDEMNÉ <sup>(a)</sup><br>FREE ZONE <sup>(a)</sup> |  | EXPLOITATION AGRÉE<br>AQUACULTURE<br>APPROVED AQUACULTURE<br>FACILITY <sup>(a)</sup> |  |  | Out / Yes | Non / No | Out / Yes | Non / No | Out / Yes | Non / No | <b>MALADIES DES MOLLUSQUES / DISEASE OF MOLLUSCS</b> |  |  |  |  |  |  | Infection à / Infection with <i>Bornavirus</i> exitiosa |  |  |  |  |  |  | Infection à / Infection with <i>Bornavirus</i> ostraeae |  |  |  |  |  |  | Infection à / Infection with <i>Marteilia refringens</i> |  |  |  |  |  |  | Infection à / Infection with <i>Perkinsus marinus</i> |  |  |  |  |  |  | Infection à / Infection with <i>Perkinsus obesi</i> |  |  |  |  |  |  | Infection à / Infection with <i>Xenobolus californiensis</i> |  |  |  |  |  |  | Mortalité virale de l'ormeau / <i>Abalone herpesvirus</i> |  |  |  |  |  |  | <b>MALADIE DES POISSONS / FISH DISEASES</b> |  |  |  |  |  |  | Nécrose hématoépithéliale épizootique / <i>Epizootic Hematopoietic Necrosis</i> |  |  |  |  |  |  | Nécrose hématoépithéliale infectieuse / <i>Infectious Hematopoietic Necrosis</i> |  |  |  |  |  |  | Virémie printanière de la carpe / <i>Spring Viraemia of Carp</i> |  |  |  |  |  |  | Septicémie hémorragique virale / <i>Viral Hemorrhagic Septicemia (VHS)</i> |  |  |  |  |  |  | Anémie infectieuse du saumon / <i>Infectious Salmon Anemia</i> |  |  |  |  |  |  | Syndrôme ulcéreux épizootique / <i>Epizootic Ulcerative Syndrome (EUS)</i> |  |  |  |  |  |  | Gyrodactyllose ( <i>Gyrodactylus salaris</i> ) / <i>Gyrodactylus salaris</i> (GS) |  |  |  |  |  |  | Iridoviruse de la daurade japonaise / <i>Red Sea Bream Iridovirus</i> |  |  |  |  |  |  | Herpes de la carpe Koi / <i>Koi herpesvirus</i> |  |  |  |  |  |  | <b>MALADIE DES CRUSTACÉS / CRUSTACEAN DISEASES</b> |  |  |  |  |  |  | Syndrôme de taurin / <i>Taura syndrome virus</i> |  |  |  |  |  |  | Maladie des points blancs / <i>White Spot syndrome virus</i> |  |  |  |  |  |  | Maladie de la tête jaune / <i>Yellow head virus</i> |  |  |  |  |  |  | Infection à <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ( <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ) Infection with <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ( <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ) |  |  |  |  |  |  | Maladie de nécrose hépatopancréatique aiguë / <i>Acute hepatopancreatic necrosis disease</i> |  |  |  |  |  |  | Nécrose hypodermique et hématoépithéliale infectieuse / <i>Infectious hypodermal and hematopoietic necrosis</i> |  |  |  |  |  |  | Peste de l'écrevisse / <i>Crayfish plague</i> ( <i>Aphanomyces astaci</i> ) |  |  |  |  |  |  | Nécrose musculaire infectieuse / <i>Infectious myonecrosis virus</i> |  |  |  |  |  |  | Maladies des queues blanches / <i>White tail disease</i> |  |  |  |  |  |  |
| MALADIES / DISEASES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PAYS INDEMNÉ <sup>(a)</sup><br>FREE COUNTRY <sup>(a)</sup> |          | ZONE INDEMNÉ <sup>(a)</sup><br>FREE ZONE <sup>(a)</sup> |                               | EXPLOITATION AGRÉE<br>AQUACULTURE<br>APPROVED AQUACULTURE<br>FACILITY <sup>(a)</sup> |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Out / Yes                                                  | Non / No | Out / Yes                                               | Non / No                      | Out / Yes                                                                            | Non / No                                                   |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>MALADIES DES MOLLUSQUES / DISEASE OF MOLLUSCS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à / Infection with <i>Bornavirus</i> exitiosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à / Infection with <i>Bornavirus</i> ostraeae                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à / Infection with <i>Marteilia refringens</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à / Infection with <i>Perkinsus marinus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à / Infection with <i>Perkinsus obesi</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à / Infection with <i>Xenobolus californiensis</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Mortalité virale de l'ormeau / <i>Abalone herpesvirus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>MALADIE DES POISSONS / FISH DISEASES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Nécrose hématoépithéliale épizootique / <i>Epizootic Hematopoietic Necrosis</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Nécrose hématoépithéliale infectieuse / <i>Infectious Hematopoietic Necrosis</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Virémie printanière de la carpe / <i>Spring Viraemia of Carp</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Septicémie hémorragique virale / <i>Viral Hemorrhagic Septicemia (VHS)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Anémie infectieuse du saumon / <i>Infectious Salmon Anemia</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Syndrôme ulcéreux épizootique / <i>Epizootic Ulcerative Syndrome (EUS)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Gyrodactyllose ( <i>Gyrodactylus salaris</i> ) / <i>Gyrodactylus salaris</i> (GS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Iridoviruse de la daurade japonaise / <i>Red Sea Bream Iridovirus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Herpes de la carpe Koi / <i>Koi herpesvirus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>MALADIE DES CRUSTACÉS / CRUSTACEAN DISEASES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Syndrôme de taurin / <i>Taura syndrome virus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Maladie des points blancs / <i>White Spot syndrome virus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Maladie de la tête jaune / <i>Yellow head virus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Infection à <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ( <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ) Infection with <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> ( <i>Hepatopancreatic parvovirus</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Maladie de nécrose hépatopancréatique aiguë / <i>Acute hepatopancreatic necrosis disease</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Nécrose hypodermique et hématoépithéliale infectieuse / <i>Infectious hypodermal and hematopoietic necrosis</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Peste de l'écrevisse / <i>Crayfish plague</i> ( <i>Aphanomyces astaci</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Nécrose musculaire infectieuse / <i>Infectious myonecrosis virus</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| Maladies des queues blanches / <i>White tail disease</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>II-3 Garanties complémentaires requises pour les espèces sensibles à la virémie printanière des carpes (VPC), à la renibactériose (BKD), au virus de la nécrose pancréatique infectieuse (NPI) et à la gyrodactyllose (<i>gyrodactylus salaris</i> GS) :</b><br><br>Je soussigné, vétérinaire accrédité par l'USDA, certifie que les animaux aquatiques mentionnés dans la partie I de ce certificat proviennent d'une région dans laquelle :<br>II.3.1 [SVC] [GS] doit être déclaré à l'autorité compétente et la notification de la suspicion de ces maladies en question doit conduire à une enquête immédiate par cette dernière ;<br>II.3.2 Les espèces sensibles aux maladies concernées ne peuvent être introduites que lorsqu'elles proviennent d'un établissement agréé, déclaré par l'USDA APHIS comme indemne de la maladie ;<br>II.3.3 Les espèces sensibles à la maladie concernée ne sont pas vaccinées contre elles ;<br>II.3.4 Tous les animaux d'aquaculture d'espèces sensibles à la ou aux maladies concernées qui sont introduits satisfont aux exigences énoncées au point 11.3. de ce certificat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |
| <b>II.3. Additional guarantees required for species susceptible to spring viremia of carp (SVC), renibacterium salmoninarum (bacterial kidney disease or BKD), infectious pancreatic necrosis (IPN), and gyrodactylus (<i>gyrodactylus salaris</i> or GS):</b><br><br>I, the undersigned USDA accredited veterinarian, certify that the aquatic animals referred to in Part I of this certificate comes from an area in which:<br>II.3.1 [SVC] [GS] must be declare to the competent authority and notification regarding the suspicion of these disease in question should lead to an immediate investigation by the latter;<br>II.3.2 Susceptible species to the relevant diseases can be introduced only when they come from an approved facility, declared by USDA APHIS as free of the disease;<br>II.3.3 Species susceptible to the relevant disease are not vaccinated against them;<br>II.3.4 All aquaculture animals of species susceptible to the relevant disease or diseases that are introduced comply with the requirements set out in point 11.3. of this certificate;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |          |                                                         |                               |                                                                                      |                                                            |  |                                                         |  |                                                                                      |  |  |           |          |           |          |           |          |                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                         |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                                                                       |  |  |  |  |  |  |                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                    |  |  |  |  |  |  |                                                  |  |  |  |  |  |  |                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                     |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |                                                                      |  |  |  |  |  |  |                                                          |  |  |  |  |  |  |

| Partie II : Certificat Sanitaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Numéro de référence du certificat : | Partie II : Sanitary Certificat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Certificate Reference Number: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <p>II.3.5.1. OU sélectionnez l'une des options suivantes concernant [SVC] [BKD] [IPN] :</p> <p>ou <sup>(1)</sup> [proviennent d'une exploitation qui, au moment de l'année [SVC] [BKD] [IPN] est susceptible de se produire, a été soumise par l'autorité compétente, pendant au moins deux ans aux méthodes de surveillance décrites dans les éditions récentes des parties du Manuel des tests de diagnostic pour les animaux aquatiques de l'OIE et tests de laboratoire conformes au manuel, ayant toujours donné des résultats négatifs.] ;</p> <p>ou <sup>(2)</sup> [proviennent d'une ferme où [SVC] [BKD] [IPN] est (sont) apparu(s) au cours des deux dernières années, mais où le poisson entier a été retiré, et où tous les étangs, réservoirs et autres les installations et les équipements ont été désinfectés sous la supervision de l'autorité compétente, et lorsque le réempoissonnement a été assuré avec du poisson provenant d'une source certifiée indemne de la maladie concernée par l'autorité compétente après application de la méthode de surveillance décrite dans les sections pertinentes de la dernière édition du Manuel des tests de diagnostic pour les animaux aquatiques de l'OIE, et lorsque les tests de laboratoire ont été effectués conformément audit manuel et ont toujours donné des résultats négatifs.] ;</p> <p>ou <sup>(3)</sup> [La population ou les géniteurs d'animaux aquatiques destinés à l'exportation ont été testés dans des laboratoires agréés et se sont révélés négatifs pour [SVC] [BKD] [IPN] dans les 30 jours suivant l'exportation.]</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     | <p>II.3.5<sup>(1)</sup> comes from a country, territory or an area declared free [SVC] [BKD] [IPN] [GS];</p> <p>II.3.5.1. OR select one of the following regarding [SVC] [BKD] [IPN]:</p> <p>or <sup>(1)</sup> [originate from a farm which at the time of the year [SVC] [BKD] [IPN] is likely to occur, was submitted by the competent authority, for at least two years of surveillance methods described in the relevant most recent edition of the parts of the OIE Manual of Diagnostic Tests for Aquatic Animals, and laboratory testing in accordance with manual, having always produced negative results.];</p> <p>or <sup>(2)</sup> [originate from a farm where [SVC] [BKD] [IPN] is (are) occurred (s) over the past two years, but where the whole fish were removed, and where all ponds, tanks, and other facilities and equipment were disinfected under the supervision of the competent authority, and where re-stocking has been ensured with fish from a source certified free from the relevant disease by the competent authority after applying the monitoring method described in the relevant sections of the latest edition of the OIE Manual of Diagnostic Tests for Aquatic Animals, and where laboratory test where performed in accordance with the said manual and have always produce negative results.];</p> <p>or <sup>(3)</sup> [The population or broodstock of aquatic animals destined for export were tested in approved laboratories, and found negative for [SVC] [BKD] [IPN] within 30 days of export.]</p>                                                                                                                                                                                                                             |                               |
| <p>II.3.5.2. ET sélectionnez l'une des options suivantes concernant [GS] :</p> <p>ou <sup>(1)</sup> [proviennent d'une ferme continentale qui, au moment de l'année [GS] est susceptible de se produire, a été soumise par l'autorité compétente, pendant au moins deux ans à la méthode de surveillance décrite dans les sections pertinentes de la dernière édition de la OIE Manual of Diagnostic Tests for Aquatic Animals, et les tests de laboratoire conformément au manuel, ayant toujours produit un résultat négatif. L'exploitation se trouve soit dans un bassin versant (3), soit dans une partie de bassin versant déclarée indemne de [GS](3), soit dans un bassin versant déclaré indemne de [GS](3), tous les autres bassins versants se jetant dans le même estuaire sont déclarés libres.];</p> <p>ou <sup>(2)</sup> [proviennent d'une ferme aquacole située dans une zone côtière où l'eau a une salinité inférieure à 25 parties pour mille et dans laquelle aucun poisson vivant appartenant à l'espèce sensible n'a été introduit au cours des quatorze derniers jours dans l'aquaculture cultivée];</p> <p>ou <sup>(3)</sup> [La population ou les géniteurs d'animaux aquatiques destinés à l'exportation ont été examinés visuellement par un vétérinaire agréé par l'USDA et jugés exempts de signes cliniques pour [GS] dans les 30 jours suivant l'exportation] ;</p> <p>ou <sup>(4)</sup> [Immédiatement avant le déplacement, les animaux aquatiques destinés à l'exportation ont été détenus pendant une période continue d'au moins 14 jours dans de l'eau avec une salinité d'au moins 25 parties pour mille et n'ont eu aucun contact avec d'autres animaux aquatiques d'espèces sensibles au SOI] ;</p> <p>ou <sup>(5)</sup> [dans le cas d'œufs de poisson, ils ont subi une désinfection effectuée conformément à la version la plus récente du code sanitaire des animaux aquatiques de l'OIE pour assurer l'élimination des GS].</p> |                                     | <p>II.3.5.2. AND select one of the following regarding [GS]:</p> <p>or <sup>(1)</sup> [originated from a mainland farm which at the time of the year [GS] is likely to occur, was submitted by the competent authority, for at least two years of monitoring method described in the relevant sections of the latest edition of the OIE Manual of Diagnostic Tests for Aquatic Animals, and laboratory testing in accordance with manual, having always produce negative results. The farm is either not in a watershed <sup>(3)</sup>, or in a part of watershed declared free of [GS]<sup>(3)</sup>, or in a watershed declared free from [GS]<sup>(3)</sup>, all other watershed draining into the same estuary are declared free.];</p> <p>or <sup>(2)</sup> [comes from an aquaculture farm located in a coastal area where the water has a salinity of less than 25 parts per thousand and in which no live fish belonging to the susceptible species has been introduced over the last fourteen days to the aquaculture farm.];</p> <p>or <sup>(3)</sup> [The population or broodstock of aquatic animals destined for export were visually examined by a USDA accredited veterinarian and deemed to be free of clinical signs for [GS] within 30 days of export];</p> <p>or <sup>(4)</sup> [Immediately prior to movement, the aquatic animals for export have been held for a continuous period of at least 14 days in water with a salinity of at least 25 parts per thousand and had no contact with other aquatic animals of species susceptible to [GS];</p> <p>or <sup>(5)</sup> [In case of fish eggs, it underwent disinfection carried out according to the most recent version of the health code of OIE aquatic animals to ensure the elimination of [GS].]</p> |                               |
| <p><b>II.4. Exigences: en matière de transport et d'étiquetage :</b></p> <p>Je soussigné, inspecteur officiel, certifie :</p> <p>II-4-1-que, les animaux aquatiques visés ci-dessus, sont placés dans les conditions (y compris en ce qui concerne la qualité de l'eau) qui n'ont aucune incidence sur leur statut sanitaire ;</p> <p>II-4-2-que, préalablement, au chargement, le conteneur de transport ou le bateau vivier propre et a été désinfecté ; et</p> <p>II-4-3-que le lot identifié par une étiquette lisible placée sur la face extérieure du conteneur ou, en cas de transport par bateau vivier, dans le manifeste, portant les renseignements utiles visés à la partie I, cases 1.5 à 1.10. du présent certificat, ainsi que les destinations des animaux ou des produits.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     | <p><b>II.4. Requirements of transport and labeling :</b></p> <p>I, the undersigned USDA accredited veterinarian, hereby certify:</p> <p>II-4-1-That the aquatic animals referred above are place in the conditions (including as regards to the quality of the water) which have no effect on their health status;</p> <p>II-4-2-That before loading, transport containers and sea vessel are clean and disinfected; and</p> <p>II-4-3-That the lot is identified by a legible label on the outside of the container, or when transport by sea vessel, in the manifest in which the relevant information referred to part I, box 1.5 to 1.10 of this certificate and the destination of the animals or product.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| <p>Notes / Notes</p> <p>Partie I / Part I</p> <p>*facultatif / *Optional</p> <p>**si référencé dans la partie II / **in reference to part II</p> <p>Partie II / Part II :</p> <p>(1) cocher la partie utile / Mark as appropriate</p> <p>(2) mettre une croix dans la case correspondante selon le statut sanitaire du pays, zone ou compartiment / Mark a cross in the appropriate box according to the health status of the country, zone or compartment</p> <p>(3) biffer les mentions inutiles / delete as appropriate</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |
| <p><b>Vétérinaire Agréé USDA / USDA Accredited Veterinarian</b></p> <p>Nom et adresse en lettres capitales / Name and Address in capital letters</p> <p>Date / Date:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | <p>Signature / Signature</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |
| <p><b>Agent des Services vétérinaires de l'USDA / USDA Veterinary Medical Officer</b></p> <p>Titre et adresse de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / Title and Address of USDA Veterinary Medical Officer :</p> <p>Signature de l'agent des Services vétérinaires de l'USDA / Signature of USDA Veterinary Medical Officer</p> <p>Date / Date:</p> <p>Cachet officiel / Official Stamp</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |

Note importante : Ce certificat doit être rempli au plus tard trois jours avant l'expédition / Important Note : This certificate must be completed no more than three days before shipping.

**Attachments:**

No Attachments