



N°11461\*02

Mairie de \_\_\_\_\_

2

**Déclaration en mairie d'un chien de la deuxième catégorie**

(Article L.211-12 du code rural et arrêté interministériel du 27 avril 1999)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : 

|           |   |         |   |         |
|-----------|---|---------|---|---------|
| _ _ _ _ _ | / | _ _ _ _ | / | _ _ _ _ |
| Jour      |   | Mois    |   | Année   |

Domicilié(e) : \_\_\_\_\_  
Numéro, nature et nom de la voie

|             |                  |
|-------------|------------------|
| _ _ _ _ _   | _____            |
| Code Postal | Ville ou Commune |

ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ni d'une condamnation inscrite au bulletin n° 2 du casier judiciaire et ne m'étant pas fait retirer la propriété ou la garde d'un chien en application de l'article L.211-11 du code rural, déclare être propriétaire ou détenteur du chien dénommé \_\_\_\_\_ âgé de \_\_\_\_\_ de sexe \_\_\_\_\_ appartenant à la deuxième catégorie (type \_\_\_\_\_ visé par l'arrêté interministériel du 27 avril 1999).

Je produis à l'appui de ma déclaration les pièces suivantes, mentionnées au II de l'article L.211-14 du code rural.

**IDENTIFICATION DU CHIEN**Tatouage n° : 

|           |         |
|-----------|---------|
| _ _ _ _ _ | _ _ _ _ |
|-----------|---------|

Date : 

|           |   |         |   |         |
|-----------|---|---------|---|---------|
| _ _ _ _ _ | / | _ _ _ _ | / | _ _ _ _ |
| Jour      |   | Mois    |   | Année   |

**VACCINATION ANTIRABIQUE**

Références – Certificat vétérinaire : \_\_\_\_\_

Date : 

|           |   |         |   |         |
|-----------|---|---------|---|---------|
| _ _ _ _ _ | / | _ _ _ _ | / | _ _ _ _ |
| Jour      |   | Mois    |   | Année   |

**ASSURANCE**

Souscripteur (s'il n'est pas propriétaire ou détenteur du chien) : \_\_\_\_\_

Attestation délivrée par la compagnie : \_\_\_\_\_

Date d'échéance du contrat : 

|           |   |         |   |         |
|-----------|---|---------|---|---------|
| _ _ _ _ _ | / | _ _ _ _ | / | _ _ _ _ |
| Jour      |   | Mois    |   | Année   |

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du déclarant : \_\_\_\_\_