

OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DES DOMMAGES AU BETAIL

ENQUETE SUR LES DOMMAGES AU BETAIL

N° DU DOSSIER :

Nom de l'agent ayant rédigé le constat :

Nom de l'agent ayant assisté au constat :

CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS

Date et heure d'observation du dégât par le témoin :	
Nom de la personne ayant observé le dégât :	
Nom de la personne ayant déclaré le dégât :	
Date de déclaration du dégât :	
Date et heure de constatation par l'agent :	

LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DU CONSTAT : joindre une photocopie de la carte au 1/25000

Commune administrative :	
Propriétaire du terrain :	
Lieu du dégât (lieu-dit, quartier...) :	
Si zone d'estive : nom de l'UP :	
Estive :	
Gestionnaire unité pastorale :	
Situation :	Z.C.-P. N.P. <input type="checkbox"/> Z.P.-P. N.P. <input type="checkbox"/> Hors Z.P.-P. N.P. <input type="checkbox"/>

IDENTIFICATION DES PROPRIETAIRES

Propriétaire des bêtes	
nom :	
prénom :	
adresse :	
Berger responsable des bêtes (le cas échéant)	
nom :	
prénom :	
adresse :	

NATURE ET ETAT DE LA VICTIME

Espèce :	
Race :	
Age :	

N° d'identification :	
Etat reproducteur :	
Soins récents : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; par le berger/propriétaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; par le vétérinaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, date des soins :	
Nature des lésions ou constatations à l'occasion des soins et état de la victime :	

POSITION DE LA VICTIME AU MOMENT DE L'OBSERVATION PAR LE TEMOIN	
Animal isolé :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Animal au milieu du troupeau :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence humaine à proximité :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence d'animaux domestiques différents à côté :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, lesquels :
Présence d'animaux sauvages à côté :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, lesquels :
Présence de vautours fauves à côté :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, combien :

ÉTAT DE LA VICTIME AU MOMENT DES FAITS	
Comportement de l'animal	
En déplacement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; au repos : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; au pacage : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; en fuite ou course soudaine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; ne sait pas / non observé : <input type="checkbox"/>	
État de santé de l'animal	
Normale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; blessée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; en cours de soins : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; tondue récemment : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; incapacité à se déplacer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; parturiente : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; accompagnée d'un nouveau-né : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Etat corporel de l'animal	
Si l'animal était blessé, semblait-il condamné :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si l'animal n'était pas condamné, pouvait-il récupérer un état 100% normal :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si l'animal était blessé juste avant les faits, remarques sur l'état de l'animal par le berger/ propriétaire :	

ÉTAT DE LA VICTIME APRES LES FAITS	
Intervention du vétérinaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	si oui, nom du vétérinaire :
Prélèvements : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	adresse :
Autopsie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

METEOROLOGIE AU MOMENT DES FAITS	
Indéterminée :	Fortes chaleurs
Variable :	Orages
Beau temps avec nappes de brouillard :	Chutes de neige :
Brouillard :	Neige au sol :
Pluie régulière :	Période de beau temps après une période plus ou moins longue de mauvais temps :
Temps lourd et orageux :	Temps froid à très froid :
Remarques :	

DESCRIPTION DE LIEUX A L'ENDROIT DU DEGAT ET DE LA POSITION DE LA VICTIME		
Nature du milieu	Position de l'animal	Distance de l'animal par rapport au milieu
Lisière de bois		
Présence d'une falaise		
Ruisseau		
Lande		
Pâturage		
Ravin		
Éboulis		
Cabane		
Habitation(s)		
Bâtiment d'élevage		

GESTION DU TROUPEAU ET MODE DE GARDIENNAGE	
Date d'arrivée du troupeau sur les lieux :	
Nature du troupeau :	
Nombre de bêtes présentes :	
Mode de gardiennage habituel :	
Berger/propriétaire présent en continu : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si berger/propriétaire absent une partie du temps :	
Troupeau regroupé tous les soirs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Bêtes en liberté totale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; 2 visites tous les jours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ;	
1 visite tous les jours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ;	
1 visite tous les 2-3 jours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ;	
1 visite par semaine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date de la dernière visite au troupeau avant le dégât :	
Mode de gardiennage au moment du dégât :	
Berger/propriétaire présent : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; présence d'un chien : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ;	
troupeau regroupé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

CONSTATATIONS FAITES PAR L'AGENT SUR LES LIEUX DU DEGAT	
Présence de vautours sur place ou autour :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; si oui, combien :
Présence de grands corbeaux :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence d'autres rapaces :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence connue de chiens errants dans les environs :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence de traces ou de crottes de :	renard <input type="checkbox"/> chien <input type="checkbox"/> ours <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
Passage (ou présence) connu(e) de l'ours dans le secteur :	
Présence de plumes de vautours sur les lieux :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Présence de : terre grattée <input type="checkbox"/> pierre(s) retournée(s) <input type="checkbox"/> couche <input type="checkbox"/>	

<u>OBSERVATIONS DE L'AGENT</u> NOM : DATE : HEURE :		CONSTATATIONS FAITES SUR LA VICTIME (le cas échéant) <i>PENSER A FAIRE DES PHOTOS</i>	<u>OBSERVATIONS DU TEMOIN</u> NOM : DATE : HEURE :	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Causes :</u>	Impossibilité de faire des observations sur la victime	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Causes :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions des yeux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à la langue	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à la gorge	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur la tête	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le cou	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>

oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à l'anus	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions aux mamelles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le ventre	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur les pattes avant ou arrière	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le dos	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions à la vulve	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>	Lésions sur le nouveau né	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Description :</u>

REMARQUES DIVERSES DES AGENTS SUR LE DEGAT

RECUEIL DES TEMOIGNAGES : TEMOIGNAGE N°	
<i>Un témoignage est à remplir par personne interrogée</i>	
Nom de la personne interrogée :	
Prénom de la personne interrogée :	
Adresse de la personne interrogée :	
Lien avec le propriétaire :	
Date de recueil du témoignage :	
La personne a :	assisté <input type="checkbox"/> n'a pas assisté <input type="checkbox"/>
Si la personne a assisté, date d'observation des faits :	
Si la personne n'a pas assisté, d'où lui viennent les informations :	
Propos rapportés par la personne interrogée	

VISA DE L'AGENT

VISA DU TEMOIN