**Demande de reconnaissance**   
pour organiser un cours théorique concernant les interventions douloureuses (art. 32 OPAn)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Castration précoce  des agneaux mâles  des veaux mâles    des porcelets mâles  des cabris mâles  Ecornage durant les premières semaines de vie  veaux  cabris  (*veuillez cocher; plusieurs cases possibles)* | | | | |
| **Requérant** **(organisateur du cours)** | | *Institution, personne responsable, adresse postale, e-mail, tél.* | | | |
| **Organisation** *(veuillez cocher)* | | | première fois | pas la première fois | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lieu(x) du cours | Canton | Nombre de cours par année | Année | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | | |
| **Contenu du cours:** *(veuillez cocher)* | le cours type de l’OSAV est repris tel quel (contenu et durée)  propre conception du cours *(veuillez faire parvenir à l'OSAV l'ensemble de votre propre  matériel didactique dans son ensemble en vue de la reconnaissance)* | | | | |
|  | * Bases légales, durée d’enseignement: * Contrainte et réduction de la douleur, durée d’enseignement: * Anatomie, durée d’enseignement: * Exécution de l’anesthésie locale, durée d’enseignement: * Contrôle des connaissances, par écrit | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enseignants** *(le diplôme en médecine vétérinaire est requis)* | | | |
|  | Nom | Prénom | Lieu du cours |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres conditions pour être reconnu:** |  |
| * Le participant au cours reçoit de l’organisateur du cours une attestation de participation. Au verso de cette dernière figure le contrôle de connaissances et au recto les indications suivantes: * le logo ou le sceau et l’adresse de l’organisateur * le nom, le prénom, la date de naissance et le lieu d’origine du participant au cours * le lieu, la date et le sujet du cours (castration/écornage) * la signature de la personne qui a donné le cours * l’organisateur du cours envoie à l’office vétérinaire du canton de domicile du participant une copie de l’attestation de participation   le requérant déclare accepter les conditions de reconnaissance  *(veuillez cocher)*  le requérant confirme l’exactitude et l’exhaustivité des indications fournies sur le présent  formulaire. Les modifications apportées après coup ne sont pas admises  *(veuillez cocher)* | |

|  |
| --- |
| Marche à suivreDépôt de la demande de reconnaissance La présente demande, dûment remplie, doit être renvoyée comme pièce jointe d'un courriel adressé à l’Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) ([Brigitte.Stuber@blv.admin.ch](mailto:Brigitte.Stuber@blv.admin.ch))  Le matériel didactique doit être envoyé à l’Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV, case postale, 3003 Berne (dans les cas où il n'est pas prévu d'utiliser le cours type de l'OSAV). |

## Reconnaissance

L’OSAV va examiner en collaboration avec l’OFAG si le cours tel qu’il est prévu correspond aux critères de reconnaissance indiqués dans le présent formulaire.

L’OSAV informera le requérant par écrit de sa décision. Cette dernière comprendra, en plus de la reconnaissance, la documentation didactique complète sur CD-ROM (scripts, présentations, brèves vidéos de démonstration) ainsi qu'un modèle d'attestation de participation et de contrôle des connaissances.

L’OSAV publie sur son site Internet une liste des cours reconnus en indiquant les organisateurs.