

NOM ou RAISON SOCIALE :

PRÉNOM :

COMMUNE :

N° SIRET :

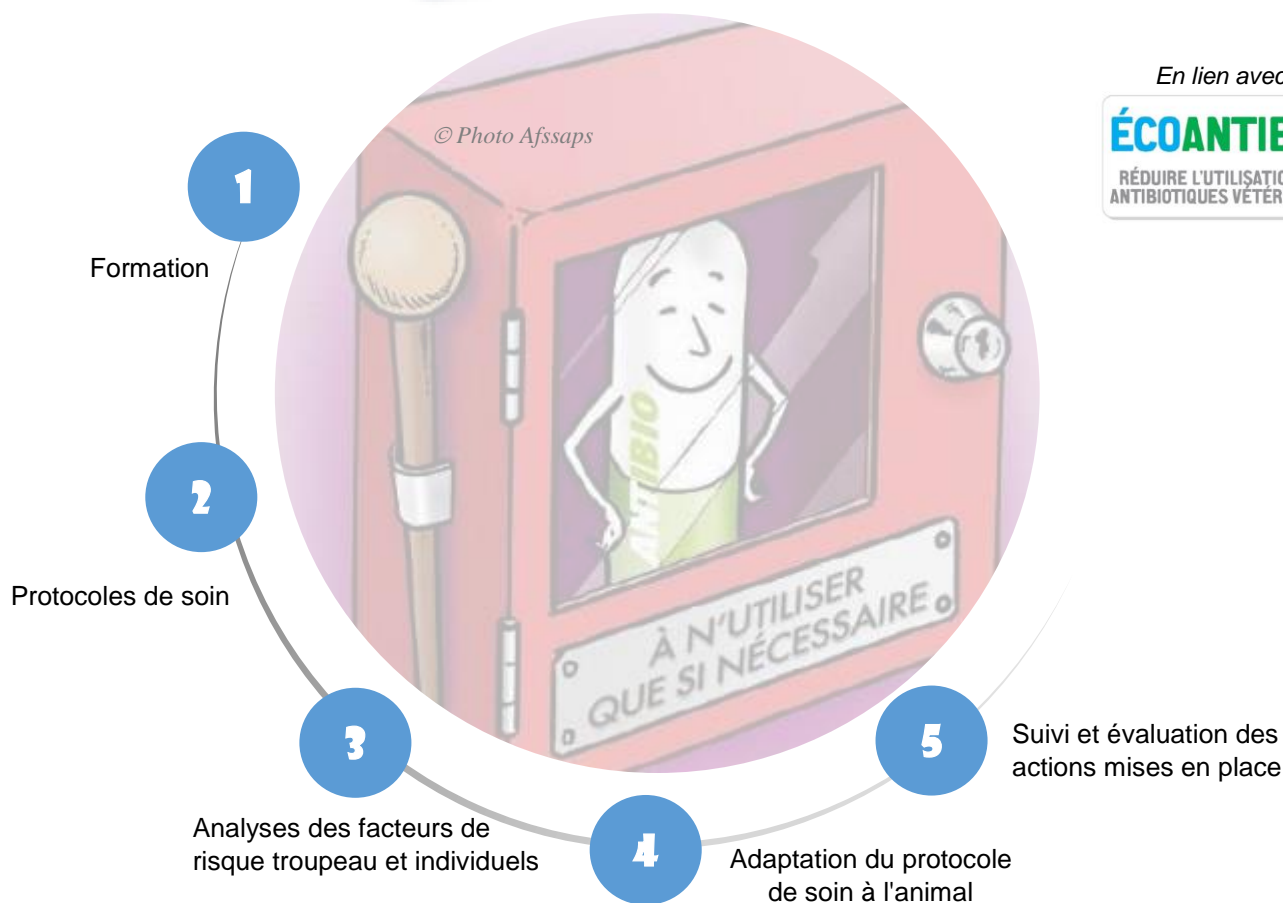
E-mail :

Prestation soutenue par



TRAITEMENT SÉLECTIF AU TARISSEMENT

En lien avec :



Organisme ayant mis en œuvre l'accompagnement :

*Je reconnais avoir réalisé un suivi du traitement sélectif au tarissement. Je suis informé(e) que cette prestation bénéficie du **soutien de la Région Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre du Plan Régional de Filière bovin lait 2018-2020, à hauteur de 270 €.***

Fait le :

Signature :

Date de visite conseil	Durée de la visite	Nom du conseiller

INDICATEURS

Année évaluée (date début) :

	Valeur
Pourcentage de VL traitées au tarissement avec antibiotique dans les 12 mois qui précèdent l'action	
Pourcentage de VL traitées au tarissement avec antibiotiques dans les 12 mois <u>après</u> la mise en œuvre de l'action.	
Taux de nouvelles infections durant le tarissement (taux de VL < à 300 000 cellules avant tarissement > à 300 000 après tarissement)	
Pourcentage de VL < à 300 000 cellules après tarissement	

PLAN D'ACTION

Leviers prévus	Délai de mise en œuvre



Ces données techniques pourront être transmises à l'association Auvergne-Rhône-Alpes Élevage, dans le cadre de sa mission d'animation et de suivi des actions du PRF bovin lait. Elles pourront faire l'objet de valorisations collectives anonymes.