

NOM ou RAISON SOCIALE :
PRÉNOM :
COMMUNE :
N° SIRET :
E-mail :

Cette prestation est soutenue par

La Région 
Auvergne-Rhône-Alpes à hauteur de **470€**

SUIVI CELLULES

En collaboration avec le programme du CNIEL :



Organisme ayant mis en œuvre l'accompagnement :

J'atteste avoir bénéficié de cette prestation de service, composée de 3 visites. Je suis informé que celle-ci fait l'objet d'un **soutien de la Région Auvergne-Rhône-Alpes** via un dispositif régional : le Plan Régional de Filière bovins lait.

Fait le :

Signature :

L'éleveur est éligible à l'action sur le critère :

- Résultats cellulaires entre 200 000 et 400 000 leucocytes sur les 3 derniers mois et n'ayant été **ni alertés, ni en plan cellules dans les 6 derniers mois.**
- Positivité en STAPH
- Plus de 20 cas de mammites cliniques pour 100 VL sur les 12 derniers mois.

Nom et prénom du conseiller	Type de travaux (visite, bureau, appel tel...)	Date	Durée (en jour)
TOTAL			

INDICATEURS

Evolution du taux cellulaire (lait de tank)

MOYENNE DU TRIMESTRE AVANT VISITE T-1	
DATE DE PREMIERE VISITE	
MOYENNE DU TRIMESTRE APRES VISITE T 1	
MOYENNE T 2	
MOYENNE T 3	
MOYENNE T 4	



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.