



www.cdnangus.ca • courriel: cdnangus@cdnangus.ca

292140 Wagon Wheel Blvd, Rocky View County, AB T4A 0E2 • Tél: (403) 571-3580 • Fax: (403) 571-3599 • Sans-Frais: 1-888-571-3580

Demande d'enregistrement de veaux issus de transplantation embryonnaire (TE)

Nom de membre: _____
 Numéro d'identification: _____
 Adresse: _____

Date: _____
 Téléphone/Télécopieur: _____

Mère donneuse: _____
 Tatou: _____
 # Enr: _____

Père donneur: _____
 Tatou: _____
 # Enr: _____

Date du flush: _____

(Jusqu'à 6 veaux par formulaire de la même récolte peuvent être soumis, un formulaire différent doit être utilisé pour une récolte différente)

Ident. Mère porteuse	AI ou NAT? Service	Date d'implantation jj/mm/aa	Par IVF (O/N)	O/D Tatou Boucle	Date de naissance jj/mm/aa	Sexe	Numéro Né	FV	PN	Naissance arroupe	Couleur	Enr. Maint	E Stock	Nom du veau

Signature de l'éleveur atteste que toutes les informations contenues dans ce rapport sont exactes _____