



## Formulaire d'adhésion des membres associés

Le Conseil national pour les soins aux animaux d'élevage (CNSAE) est une tribune où tout le monde croit en des avancées progressives et réalisables en matière de bien-être animal et en l'importance de s'unir et de délibérer des moyens de favoriser le bien-être des animaux d'élevage (par l'entremise des codes de pratiques et des programmes d'évaluation des soins aux animaux). C'est pourquoi tous les membres sont tenus d'accepter les [objectifs](#) du CNSAE et d'en respecter les [valeurs fondamentales](#) et le [code de conduite des membres](#).

Les demandes d'adhésions associées doivent être approuvées par le comité exécutif du CNSAE. Des membres associés peuvent être radiés en cas de manquement grave et si, de l'avis du comité exécutif, leur radiation est dans l'intérêt supérieur du CNSAE.

Veuillez envoyer le formulaire de demande rempli à [membership@nfacc.ca](mailto:membership@nfacc.ca). Pour plus de détails, contacter la directrice de la division du CNSAE, Jackie Wepruk : [jwepruk@animalhealthcanada.ca](mailto:jwepruk@animalhealthcanada.ca).

---

\_\_\_\_\_ accepte les [objectifs](#) du CNSAE et en respecte les [valeurs fondamentales](#) et le [code de conduite des membres](#).

**Signature autorisée**

**Date**

Veuillez indiquer le nom de l'organisme qui présente la demande d'adhésion, en incluant les noms de ses filiales ou enseignes (s'il y a lieu) :

Veuillez nous dire pourquoi vous voulez être membre associé du CNSAE :

Veuillez nous en dire davantage sur l'engagement de votre organisme envers le bien-être des animaux d'élevage et sur les correspondances entre vos initiatives et les objectifs du CNSAE :



**NATIONAL FARM ANIMAL CARE COUNCIL**  
**CONSEIL NATIONAL POUR LES SOINS AUX ANIMAUX D'ELEVAGE**

Veuillez fournir une brève description de votre organisme (vision, mission, mandat, raison d'être) :

S'il y a lieu, veuillez fournir les liens vers le site Web et les plateformes de médias sociaux de votre organisme :

Votre organisme ou un membre de votre chaîne d'approvisionnement a-t-il été accusé de négligence ou de maltraitance d'animaux ou d'autres problèmes de bien-être animal au cours des 5 dernières années? ☐ Oui / ☐ Non

Votre organisme ou un membre de votre chaîne d'approvisionnement (autant que vous sachiez) fait-il actuellement l'objet d'une enquête susceptible de déboucher sur des poursuites judiciaires liées à la négligence ou la maltraitance d'animaux ou à d'autres problèmes de bien-être animal? ☐ Oui / ☐ Non

Si oui, veuillez répondre brièvement aux questions suivantes :

- i. Quelle est/était la nature de la négligence ou de la maltraitance?
- ii. Comment a-t-on résolu la situation?
- iii. Quelles politiques et procédures a-t-on mises en œuvre pour éviter que des cas similaires de négligence ou de maltraitance ne se reproduisent à l'avenir?
- iv. Avez-vous autre chose à ajouter?



**NATIONAL FARM ANIMAL CARE COUNCIL  
CONSEIL NATIONAL POUR LES SOINS AUX ANIMAUX D'ELEVAGE**

Veuillez sélectionner la catégorie qui représente le mieux votre organisme :

- ☐ Association provinciale de l'industrie (sans but lucratif)
- ☐ Association vétérinaire (sans but lucratif)
- ☐ Entreprise de produits de santé ou de produits pharmaceutiques vétérinaires
- ☐ Entreprise de détail, de restauration ou de services alimentaires
- ☐ Entreprise de transformation
- ☐ Entreprise de produits pour le secteur agricole (p. ex. équipement, éclairage)
- ☐ Autre (veuillez préciser)

Pour que nous puissions déterminer le niveau de cotisation approprié, veuillez cocher la fourchette de recettes canadiennes annuelles brutes de votre entreprise (N.B. : les associations sans but lucratif sont automatiquement affectées au niveau 1) :

- ☐ Niveau 4 : > 5 milliards de dollars de recettes annuelles
- ☐ Niveau 3 : 500 millions à 5 milliards de dollars de recettes annuelles
- ☐ Niveau 2 : 50 à 500 millions de dollars de recettes annuelles
- ☐ Niveau 1 : < 50 millions de dollars

Contactez Jackie Wepruk, [jwepruk@animalhealthcanada.ca](mailto:jwepruk@animalhealthcanada.ca), pour consulter le barème des cotisations actuel.

### **COORDONNÉES**

Veuillez inscrire les coordonnées de la **PERSONNE-RESSOURCE PRINCIPALE** qui sera chargée de la coordination globale de votre adhésion.

Nom :

Titre :

Adresse courriel :

Adresse postale :

Numéro de téléphone au travail :

Numéro de portable :



**NATIONAL FARM ANIMAL CARE COUNCIL  
CONSEIL NATIONAL POUR LES SOINS AUX ANIMAUX D'ELEVAGE**

Si votre organisme souhaite ajouter des personnes-ressources qui recevront des informations ou qui assisteront aux réunions du CNSAE, veuillez fournir leur nom, leur titre, leur adresse courriel et leur numéro de téléphone ci-dessous. Ces personnes seront ajoutées à la liste de diffusion du CNSAE :

**FACTURATION**

Veuillez fournir les coordonnées de la personne RESPONSABLE DE LA FACTURATION, si ce n'est pas la personne-ressource principale :

☐  
☐

MÊME QUE LA PERSONNE-RESSOURCE PRINCIPALE

DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE-RESSOURCE PRINCIPALE

Nom :

Adresse courriel :

Adresse postale :

☐ Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques, exacts et complets.