CCAFORM24

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

Ultrasons — Feuille de travail

Nom de l'éleveur : Page :

No identification du membre : No récolte de veaux :

Adresse Date de production du formulaire :

Tél/ Téléc : **Technicien : _____** Troupeau principal : _____

Voir la grille tarifaire pour les frais applicables qui doit accompagner les documents envoyés à l'Association Canadienne Angus

Veuillez utiliser le verso pour faire des commentaires ou donner des instructions spéciales. Postez toute l'information à l'adresse ci-dessus.

Boucle Tatouage	Sexe	Date naissance No enr	Père	Mère	Ultrason		Date Ultrason	Code de groupe	Genre de test	Sexe	Régime	commentaires
					Poids	Date pesée						

TOUT AUTRE INFORMATION DOIT ÊTRE INDIQUÉ PAR CODE DE GROUPE.

TYPE DE TEST

C = test central, D = taure ou génisse en croissance, F = Parc d'engraissement, R = Test a la ferme

ALIMENTAION

0 inconnue, 1 0% concentrés, 2 < 50% concentrés, 3 > 50% concentrés

01.05.2018