



### GRILLE DE SELECTION DU TERRE NEUVE Mâle

Adoptée en réunion de Comité CFCTNL le 15/02/2024 - Approuvée par le comité de la SCC le : 19/03/2024 - Applicable à partir du : 01/04/2024

### FORMULAIRE D'ENTRÉE DES REPRODUCTEURS DANS LA GRILLE DE SELECTION DE LA SCC

A envoyer à : **Patrick Bernaux 13 Bd Jean Jaurès 80800 VILLERS BRETONNEUX** ou par email à : [bernaux.patrick@wanadoo.fr](mailto:bernaux.patrick@wanadoo.fr) Tél : 03 22 96 90 13

Nom du chien et affixe :  Sexe :

Tat/Puce :  LOF :  Date de naissance :  Couleur :

Nom du père et affixe :

Nom de la mère et affixe :

Nom du producteur :  Nom du propriétaire :

Adresse :  Code postal :  Ville :  Pays :

Tél :  Portable :  Email :

Date de la demande :  Signature du propriétaire :

**Remplissez les tableaux pour la cotation Elite B (pour les femelles)**

**ELITE B : 5 points** Sujet CONFIRMÉ ayant produit en 1ère génération : 3 descendants cotés 3 points avec 2 lices minimum + dysplasie de la hanche A ou B + dysplasie du coude 0, SL + indemne de sténose aortique ASO et pulmonaire PSO + Cystinurie sain ou porteur + Identification génétique et filiation, enregistrées à la SCC

**Tous les tests de santé doivent être lus et enregistrés dans la base de données du CFCTNL et sur LOFSELECT**

Valeur : 5	Date/Lieu	Juge	Résultat
CONFIRMATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Date/Lieu	Juge/Laboratoire/ Vétérinaire lecteur	Résultat
Dysplasie de la hanche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A : <input type="checkbox"/> B : <input type="checkbox"/>
Dysplasie du coude	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 : <input type="checkbox"/> SL : <input type="checkbox"/>
Sténose Aortique & Pulmonaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ASO : <input type="checkbox"/> PSO : <input type="checkbox"/>
Cystinurie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sain <input type="checkbox"/> Porteur <input type="checkbox"/>
Identification génétique prélèvement n° <input type="text"/>	enregistré à la SCC		Avec filiation oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Descendants	Nom et Affixe	N° échantillon ADN (Parenté) Nom du Laboratoire	Date de naissance	Nom et LOF de la mère
1er coté 3 points	<input type="text"/>	N° <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ème coté 3 points	<input type="text"/>	N° <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ème coté 3 points	<input type="text"/>	N° <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RESERVE AU CFCTNL – Afin de compléter votre dossier veuillez nous faire parvenir les documents suivants :