

DOSSIER D'OBSERVATION EN MER

Limitation de la mortalité de dauphins induite par la
pêche des chalutiers pélagiques et des fileyeurs dans le
golfe de Gascogne

FICHE SORTIE EN MER

Départ de la marée

Immatriculation du navire	999999	
Nom du navire	NAVIRE TEST	
Lieu de départ & Type de lieu		
Date & Heure de départ		

Retour de la marée

Lieu de retour & Type de lieu		
Date & Heure de retour		

Caractéristiques autres

Utilisation d'une caméra ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Utilisation d'un GPS ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Commentaires

Date de départ :/...../.....
Nom du bateau : NAVIRE TEST

FICHE ENGIN (PAGE 1)

GTN - Combined gillnets-trammel nets

N° OP associée(s) :

Libellé de l'engin	Combiné 1	Maillage à la jauge (mm)	3000
Longueur filée (km)	12.0	Hauteur du filet (m)	1.0
Présence de flotteurs ?	Oui	Diamètre de la ralingue haute (mm)	12
Composition de la ralingue haute	Polypropylène	Équipementier	Test
Commentaires	<div></div>		

Nombre total d'opérations de pêche effectuées pendant la marée :

			Début de l'opération		Fin de l'opération		Filage (F) ↓	Etat de la mer ⁽¹⁾	Force du vent ⁽²⁾	Présence de dispositif(s) de répulsif acoustique	Présence dauphin autour ⁽³⁾ navire?	Profondeur de l'engin (m)	Disposition de la (4) filière	Distance à filière la plus proche (m)	Autre disposition de la filière	Distance entre ⁽⁵⁾ les zig-zags
N° OP	Déroulement normal ?	Engin* + Espèce(s) cible(s) / si navire associé** (IMMAT du navire)	Date et heure	Position GPS Latitude + longitude (DD°MM)	Date et heure	Position GPS Latitude + longitude (DD°MM)	Virage (V) ↓	Captures accidentelles ?								
1				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
2				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
3				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
4				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
5				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
6				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
7				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										
8				° ' " N ° ' " E ou W		° ' " N ° ' " E ou W										

* : Attention, pour les arts dormants, la date de fin de mise à l'eau est le plus souvent la veille ou l'avant-veille de la marée observée.
** : Préciser longueur relevée en mètres pour les filets.
(1) : 0 : Calme ; 1 : Ridée ; 2 : Belle ; 3 : Peu agitée ; 4 : Agitée ; 5 : Forte ; 6 : Très forte ; 7 : Grosse ; 8 : Très grosse ; 9 : Énorme
(2) : STRG : Fort ; MODR : Modéré ; CALM : Calme
(3) : O : Oui ; N : Non ; NSP : Ne sait pas
(4) : OTH : Autre ; L : Linéaire ; ZZ : Zig-zag
(5) : < 150 m : Moins de 150 mètres ; >= 150 m : 150 mètres et plus

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

FICHE OPERATIONS DE PECHE (VERSO) (PAGE 1)

OP N°	Commentaires, préciser si possible le temps de traitement de la capture pour les OP échantillonnées
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

N° OP

1

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas

(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 1

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 2

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas
(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 2

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 3

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas
(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 3

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 4

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas
(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 4

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 5

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas
(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 5

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 6

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas
(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 6

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

N° OP

7

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas

(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 7

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

N° OP

8

#	Espèce commerciale (FAO)	Mort ?	État de décomposition	Remonté sur le pont ?	Blessures ?	Traces de capture ?	Sex	Poids (kg)	Longueur totale (cm)	Maillé ?
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	FRE SLD HLD UNK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	M F UNK NS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) : FRE : Frais ; SLD : Décomposition légère ; HLD : Très décomposé ; UNK : Ne sais pas
(2) : M : Male ; F : Female ; UNK : Undetermined ; NS : Non sexe

Date de départ :/...../.....

Nom du bateau : NAVIRE TEST

CAPTURES ACCIDENTELLES (PAGE 1)

N° OP 8

#	Distance au pinger le plus proche (m)	Numéro du pinger accessible ?	Numéro du pinger	Référence de la marque	Commentaires
1		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
2		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
3		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
4		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
5		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
6		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
7		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
8		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
9		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
10		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
11		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
12		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
13		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
14		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
15		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
16		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			