

Vetérinaire

Je, soussigné :

Vétérinaire exerçant à :

N° d'inscription Ordre vétérinaires :

J'ai examiné l'équidé ci-dessous le :

Je suis le vétérinaire habituel de cet équidé : Oui Non

Cet équidé a été traité par mes soins ou par ma clinique antérieurement à la date du présent certificat : Non Oui

Si oui, pour quelle affection :

Si oui, début des soins le :

Equidé

Nom :

SIRE :

Race :

Taille :

Robe :

Puce :

Sexe :

Dernier vermifuge le *(si connu)*

Né en :

Signes distinctifs :

Propriétaire :

Obligatoire pour les poulains

Après examens des différents appareils, je formule les conclusions suivantes :

Cardio-vasculaire : Normal Réserve Anormal

Digestif : Normal Réserve Anormal

Locomoteur : Normal Réserve Anormal

Pulmonaire et Respiratoire : Normal Réserve Anormal

Examen ophtalmologique : Normal Réserve Anormal

Présence de signes d'ataxie : Non Oui

Je certifie sur l'honneur que cet équidé :

est à ma connaissance en bon état de santé, d'entretien, indemne de toute boiterie, maladie ou blessure en cours de traitement ne doit pas subir à ma connaissance de chirurgie programmée dans les 2 mois à venir

n'a pas subi un accident ou une blessure obligeant à des soins vétérinaires en cours ou à effectuer dans les 10 jours à venir

n'est pas en état de gestation pour un poulinage prévu dans les 60 jours à venir (cas des juments destinées à la reproduction)

ne présente pas de malformation congénitale apparente

est à jour de ses vaccins

Je formule les réserves suivantes **(indiquer NEANT en absence de réserves)** :

Certifié sincère et véritable

Signature et cachet du vétérinaire

A :

Le :

Certificat vétérinaire à nous retourner, soit :

par mail : contact@cavalassur.com

par fax : 03 44 57 61 16

par courrier : Cavalassur BP 404 60500 Chantilly