



REPRESENTANT GAN

AGEN PREFECTURE
M. MARRAUD
9, cours Victor Hugo - BP 357
47008 AGEN CEDEX
☎ 05.53.47.31.36
📠 05.53.47.26.44

Je soussigné, _____, certifie
avoir examiné cet animal en date du _____
Et complété les éléments suivants d'après son Livret d'Identification.

Nom du propriétaire :

Nom du cheval :

Sexe : Hongre Jument Etalon

N° SIRE :

N° de Transpondeur (puce) :

Date de naissance : / /

Robe :

Race :

ETAT DE SANTÉ DE L'ANIMAL	BON	MOYEN OU ANORMAL	COMMENTAIRES / RÉSERVES
▪ Etat général d'entretien de l'animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Ophtalmoscopie et Organes des Sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Appareil bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Appareil digestif, crottins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Appareil cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Appareil génito-urinaire externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPLÉMENT D'INFORMATIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES
▪ Etes- vous le vétérinaire traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ <u>Avez- vous déjà soigné cet animal pour :</u>			
- des affections articulaires, arthritiques, ligamentaire ou tendineuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- des coliques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ L'animal est régulièrement vermifugé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Vaccination « Grippe Equine » à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Vaccination « Tétanos » à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Absence de vice rédhibitoire visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

▪ Observations : _____

Sauf les réserves faites ci-dessus, j'atteste que cet animal est en parfait état de santé et d'entretien, qu'il est indemne de toute tare et, qu'à ma connaissance, rien ne s'oppose à son assurance. Je déclare en outre, qu'à ma connaissance, il n'y a pas de maladie infectieuse dans le voisinage et dans les locaux qui, par ailleurs, sont en bon état d'entretien.
Fait après examen clinique, à _____, le _____.

SIGNATURE & CACHET DU VÉTÉRINAIRE