

CERTIFICAT VETERINAIRE DE BONNE SANTE

> VOTRE CHEVAL

NOM	TYPE	COULEUR	SEXE	AGE	DATE DE NAISSANCE POUR LES POULAINS

NUMERO SIRE :

Je déclare avoir examiné ce jour le cheval décrit ci-dessus à la demande de :

Nom : Prénom :

Adresse :

Lieu de l'examen : Date :/...../..... Heure : h

L'examen doit inclure au minimum : Un examen global visuel et manuel, une observation du cheval marché et trotté en main, une auscultation du coeur et des poumons, un examen oculaire sous lumière avec un ophtalmoscope. (Tout oubli entraînerait la nullité du présent certificat).

1. DEFAUTS ET BLESSURES CONSTATES

.....

 Anomalies, déformation, trouble physique ou comportemental constatés :

2. DECLARATIONS (rayer les mentions inutiles)

- L'examen pratiqué **met/ ne met pas** en évidence la nécessité de soins **réguliers/ occasionnels** pour ce cheval.
- A ma connaissance, ce cheval **a / n'a pas** souffert de coliques, autre maladie ou blessure durant les 12 derniers mois. Si OUI, détailler :

3. POUR LES FOALS DE MOINS DE 6 SEMAINES

Des résultats satisfaisants, un allaitement naturel et une analyse du colostrum effectuée au moins 24h après la naissance du foal sont exigés pour l'assurance des foal de moins de 6 semaines.

- Résultats IgG / Snap :
- Résultats colostrum :

Nom du cabinet :

Adresse du cabinet :

Nom du vétérinaire : Tél. :

Cachet et Signature :