

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 ☐ NonCet 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 :

Le cheval a-t-il fait l'objet d'un examen radiographique lors des 6 derniers mois ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, merci de détailler les observations émises :

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 ☐ Réservé ☐ AnormalDigestif : ☐ Normal ☐ Réservé ☐ AnormalLocomoteur : ☐ Normal ☐ Réservé ☐ AnormalPulmonaire et Respiratoire : ☐ Normal ☐ Réservé ☐ AnormalExamen ophtalmologique : ☐ Normal ☐ Réservé ☐ AnormalPrésence 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 90 jours 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 poulainage prévu dans les 60 jours à venir☐ ne présente pas de malformation congénitale apparente☐ est à jour de ses vaccins☐ Ne présente pas de mélanomes, verrues, sarcoïdes apparents

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

Certifié sincère et véritable

A :

Le :

Signature et cachet obligatoires du vétérinaire

Certificat vétérinaire à retourner, soit :par mail : contact@cavalassur.com

par courrier : Cavalassur CS 50200 60501 Chantilly CEDEX