

Je soussigné Docteur Vétérinaire , inscrit à l'ordre des vétérinaires, en activité. Je certifie avoir examiné le l'équidé dans un lieu d'hébergement qui ne présente pas de contre-indication à son bon état de santé.

Je certifie avoir examiné l'équidé en mouvement afin de pouvoir juger de ses facultés d'allures et de l'état de ses membres

INFORMATIONS DE L'ÉQUIDÉ EXAMINÉ

Nom de l'équidé :		
SIRE :		
Usage de l'équidé :	Loisir <input type="checkbox"/>	Compétition <input type="checkbox"/>	Reproduction <input type="checkbox"/>
Mois / Année de naissance :	/		
TYPE de l'équidé :	Hongre <input type="checkbox"/>	Jument <input type="checkbox"/>	Entier <input type="checkbox"/>

INFORMATIONS DU PROPRIÉTAIRE DE L'ÉQUIDÉ

Nom & prénom du propriétaire :		
Adresse :		

- | | | |
|---|---|--|
| > La vaccination est-elle à jour ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | > Date du dernier vermifuge / / |
| > L'appareil cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | > L'appareil locomoteur qui ne présente pas de pathologie (boiterie, tendinite, claquage...) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| > Les poumons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | > Le système oculaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| > L'appareil digestif | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | > L'appareil génital (femelle et mâle) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| > L'équidé a-t-il déjà été sujet aux coliques ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | > L'équidé mâle est-il entier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| > L'équidé présente t-il des allergies ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
- * Si oui, la ou lesquelles ?

* Quel traitement lui est-il prescrit ?

> L'équidé suit-il un traitement actuellement ?

SIGNATURE & CACHET DU VÉTÉRINAIRE

Fait à :
Le : / /