



Didier DELAUNAY . AGENT GENERAL
8 RUE PAUL-MARE . 27260 CORMEILLES
Téléphone : 0232578590
Fax : 0232573992
N° Orias : 07015658

CERTIFICAT SANITAIRE DE SOUSCRIPTION

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 de l'animal _____ Sexe _____
Date de Naissance _____ Race _____ Robe _____
Numéro SIRE _____ Numéro Transpondeur _____

ÉTAT DE SANTÉ DE L'ANIMAL	BON	MOYEN OU ANORMAL	COMMENTAIRES / RÉSERVES
• Etat général d'entretien de l'animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ophtalmoscopie et Organes des Sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appareil bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appareil digestif, crottins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appareil cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appareil génito-urinaire externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jument gestante ? {oui ou non}	<input type="checkbox"/>	• Date de la saillie _____	<input type="checkbox"/>
• Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appareil locomoteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPLÉMENTS D'INFORMATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
• Etes-vous le vétérinaire traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà soigné cet animal pour :			
- des affections articulaires, arthritiques, ligamentaires ou tendineuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des coliques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'animal est régulièrement vermifugé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vaccination « Grippe Equine » à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vaccination « Tétanos » à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de vice rédhibitoire visible	<input type="checkbox"/>	<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