

« CERTIFICAT VETERINAIRE DE BONNE SANTE »

Je, soussigné Dr

Inscrit au tableau de l'Ordre des Vétérinaires sous le n°

Certifie que le(s) équidé(s) suivant(s) :

Nom	N° sire et/ ou N° de transpondeur

Nom	N° sire et/ ou N° de transpondeur

répond(ent) aux conditions suivantes :

- Il a (ils ont) été examiné(s) à ce jour et ne présente(nt) aucun signe clinique de maladie ;
- Il(s) ne provient (nent) pas, à ma connaissance, d'une exploitation faisant l'objet de mesures d'interdiction pour des motifs de police sanitaire ou n'ont pas été en contact avec les équidés d'une exploitation faisant l'objet d'une déclaration de maladie
- Il(s) n'a (ont) pas été, à ma connaissance, en contact avec des équidés atteints de maladie ou infection contagieuse durant les 28 derniers jours
- Au moment de l'inspection, il(s) était (aient) aptes au transport prévu.

Date :

Lieu :

Cachet et signature du vétérinaire :
(nom en lettres capitales et qualité)

Attestation valable 7 jours