



ASSURANCE DES CHEVAUX



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 _____

ETAT DE SANTE DE L'ANIMAL	BON	MOYEN OU ANORMAL	COMMENTAIRES / RESERVES
---------------------------	-----	------------------------	-------------------------

• Etat général d'entretien de l'animal _____

• Ophtalmoscopie et Organes des Sens _____

• Appareil bucco-dentaire _____

• Appareil digestif, crottins _____

• Appareil cardio-vasculaire _____

• Appareil respiratoire _____

• Appareil génito-urinaire externe _____

• Jument gestante ? {oui ou non} _____ • Date de la saillie _____

• Colonne vertébrale _____

• Appareil locomoteur _____

COMPLEMENTS D'INFORMATION	OUI	NON	COMMENTAIRES / RESERVES
---------------------------	-----	-----	-------------------------

• Etes-vous le vétérinaire traitant ? _____

• Avez-vous déjà soigné cet animal pour :

- des affections articulaires, arthritiques, ligamenteuses ou tendineuses ? _____

- des coliques ? _____

• L'animal est régulièrement vermifugé _____

• Vaccination « Grippe Equine » à jour _____

• Vaccination « Tétanos » à jour _____

• Absence de vice rédhibitoire visible _____

• 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 _____.