

ASSURANCE DES CHEVAUX



CERTIFICAT SANITAIRE DE SOUSCRIPTION

Je soussigné, et complété les éléments suivan			r examiné cet an on.	imal en da	te du	
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	СОММЕ	COMMENTAIRES / RESERVES	
Etat général d'entretien de l'a	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 s	aillie		
Colonne vertébrale						
Appareil locomoteur						
COMPLEMENTS D'INFORMATION		OUI	NON	СОММЕ	ENTAIRES / RESERVES	
• Etes-vous le vétérinaire traita	ant ?					
Avez-vous déjà soigné cet ar	<u>nimal pour :</u>					
- des affections articulaires, ligamenteuses ou tendine						
- des coliques ?						
L'animal est régulièrement v	ermifugé					
Vaccination « Grippe Equine	» à jour					
Vaccination « Tétanos » à jou	ır					
Absence de vice rédhibitoire visible						
Observations :						
Sauf les réserves faites ci-dessus, j'a ma connaissance, rien ne s'oppose à voisinage et dans les locaux qui, par	à son assurance. Je déclar	re en outre, qu'	à ma connaissance	tien, qu'il est , il n'y a pas	t indemne de toute tare et, qu'à de maladie infectieuse dans le	
Fait après examen clinique, à			, le			