

Date (à faire maximum 48 avant le départ des chevaux en compétition) : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'écurie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je, sous-signé Dr Vétérinaire \_\_\_\_\_, certifie avoir examiné les chevaux ci-dessous:

• Nom du cheval : \_\_\_\_\_ N° de SIRE : \_\_\_\_\_

Vaccination rhinopneumonie à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

Vaccination influenza à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

• Nom du cheval : \_\_\_\_\_ N° de SIRE : \_\_\_\_\_

Vaccination rhinopneumonie à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

Vaccination influenza à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

• Nom du cheval : \_\_\_\_\_ N° de SIRE : \_\_\_\_\_

Vaccination rhinopneumonie à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

Vaccination influenza à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

• Nom du cheval : \_\_\_\_\_ N° de SIRE : \_\_\_\_\_

Vaccination rhinopneumonie à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

Vaccination influenza à jour. Date du dernier rappel : \_\_\_\_\_

Je certifie que ces chevaux ne présentent aucun signe clinique compatible avec la rhinopneumonie equine (fièvre, toux, jetage nasal, abattement, perte d'appétit, changement de comportement, ataxie, rétention ou fuites urinaires, coliques discrètes).

Je certifie que l'effectif où le cheval est hébergé n'a pas présenté de signes cliniques compatibles avec la rhinopneumonie equine (fièvre, toux, jetage nasal, abattement, perte d'appétit, changement de comportement, ataxie, rétention ou fuites urinaires, coliques discrètes, avortement) dans les 14 derniers jours.

Cachet & signature du vétérinaire : \_\_\_\_\_