



AssurEquine

Adresse des Assurances de la Licorne:

11 rue Alfred Kastler

14000 Caen

Téléphone : 02 59 43 21 85

Nom du contact :

.....

**Certificat
Vétérinaire**

Je soussigné Docteur Vétérinaire inscrit à l'ordre des vétérinaires, en activité.
Je certifie avoir examiné le l'équidé dans un lieu d'hébergement qui ne présente pas de contre-indication à son bon état de santé.

Je certifie avoir examiné l'équidé en mouvement afin de pouvoir juger de ses facultés d'allures et de l'état de ses membres.

Informations de l'équidé examiné :

Nom de l'équidé :	
Numéro SIRE :	
Usage de l'équidé:	Loisir () Compétition () Reproduction ()
Mois / Année de naissance :	
TYPE de l'équidé :	Hongre () Jument () Entier ()

Informations du Propriétaire de l'équidé

Le propriétaire est la personne physique ou morale qui détient la carte de propriété ou certificat de vente.

Nom et prénom du propriétaire :	
Adresse :	

Je certifie avoir examiné et je déclare que cet équidé est en parfait état de santé, plus précisément sur les points suivant :

- ° La vaccination est elle à jour ? ☐ oui ☐ non
- ° L'appareil cardio-vasculaire ☐ oui ☐ non
- ° Les poumons ☐ oui ☐ non
- ° L'appareil digestif ☐ oui ☐ non
- ° L'équidé a-t-il déjà été sujet aux coliques ☐ oui ☐ non
- ° Date du dernier vermifuge/...../.....
- ° L'appareil locomoteur qui ne présente pas de pathologie (boiterie, tendinite, claquage...) ☐ oui ☐ non
- ° Le système oculaire ☐ oui ☐ non
- ° L'appareil génital (femelle et mâle) ☐ oui ☐ non
- ° L'équidé mâle est-il entier ? ☐ oui ☐ non
- ° L'équidé présente t il des allergies ? ☐ oui ☐ non
 - Si oui, la ou lesquelles ?.....
 - Quel traitement lui est-il prescrit ?.....
- ° L'équidé suit-il un traitement actuellement ?

Signature et cachet du Docteur vétérinaire :

Fait à :

Le / /