

CERTIFICAT VETERINAIRE DE BONNE SANTE

Je, soussigné, docteur vétérinaire inscrit à l'ordre national des vétérinaires sous le n° et vétérinaire habilité de l'exploitation (adresse de stationnement des chevaux), atteste que le / les chevaux suivants :

| NOM | N° Sire ou N° Transpondeur |
|-----|----------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- ont été examinés ce jour et ne présentent aucun signe clinique de maladie infectieuse ;
- qu'il n'existe aucune suspicion de maladie infectieuse ni aucun cas déclaré dans l'établissement où est / sont hébergé(s) le / les chevaux mentionnés ci-dessus.

Date : Lieu :

Signature et cachet