

CERTIFICAT VETERINAIRE DE BONNE SANTE

Je, soussigné

certifie que le(s) équidé(s) suivant(s) :

NOM

n° sire

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

répond(ent) aux conditions suivantes :

- Il a (ils ont) été examiné(s) à ce jour et ne présente(nt) aucun signe clinique de maladie ;
- il(s) ne provient (nent) pas d'une exploitation faisant l'objet de mesures d'interdiction pour des motifs de police sanitaire ou n'ont pas été en contact avec les équidés d'une exploitation faisant l'objet d'une déclaration de maladie d'artérite virale équine ;
- il(s) n'a (ont) pas été, à ma connaissance, en contact avec des équidés atteints de maladie ou infection contagieuse durant les 28 derniers jours ;
- au moment de l'inspection il(s) était (aient) aptes au transport prévu.

Date :

Lieu :

Cachet et signature du vétérinaire :
(nom en lettres capitales et qualité)

Attestation valable 7 jours