

CERTIFICAT DE VACCINATION POUR CHEVAUX

RHINOPNEUMONIE (HERPÈSVIRUS) ET INFLUENZA



INFORMATION

Nom de l'écurie:

Nom du responsable (entraîneur):

* Statut de vaccination possible: **A** Primo-vaccination (2 injections) **B** Rappel de vaccination **C** Inconnu¹

Nom officiel du cheval	Date de naissance du cheval	Sexe du cheval	Nom du propriétaire	Statut de vaccination (A, B ou C)	Nom du produit	Date (dernière injection ou dernier rappel)
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		
				A B C		

Note: Le médecin vétérinaire qui signe ce document devrait raturer les lignes vides du tableau ci-dessus à l'aide de x (xxxxxxx).

¹ Le propriétaire du cheval devra faire suivre un complément d'information à l'organisateur du rassemblement pour compléter son dossier.

MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

Signature du médecin vétérinaire:

Date:

Je confirme que l'information est conforme

Nom:

Courriel:

No de téléphone: