

Vétérinaire

Je, soussigné : **Dr Monique DETIENNE**
Vétérinaire exerçant à : **Route de Maubeuge**
59550 MAROILLES

N° d'inscription Ordre vétérinaires : **34 066**

J'ai examiné l'équidé ci-dessous le : **05/07/22**

Je suis le vétérinaire habituel de cet équidé : ☒ Oui ☐ Non

Cet équidé a été traité par mes soins ou par ma clinique antérieurement à la date du présent certificat : ☒ Non ☐ Oui

Si oui, pour quelle affection :

Si oui, début des soins le :

Le cheval a-t-il fait l'objet d'un examen radiographique lors des 6 derniers mois ? ☐ Non ☒ Oui

Si oui, merci de détailler les observations émises : **Dans le cadre de la vente d'achat**
Examen satisfaisant

Equidé

Nom : **HORS SERIE DU NAXIN**
Race : **SELLE FRANCAIS**
Robe : **ALEZAN**
Sexe : **MALE**
Né en : **2017**
Propriétaire : **Mme Sandrine ZITZMANN**

SIRE : **17 75 04 23 L**
Taille :
Puce : **250 258 7090 40432**
Dernier vermifuge le (si connu) **07/022**
Signes distinctifs :

Obligatoire pour les poulains

Après examens des différents appareils, je formule les conclusions suivantes :

Cardio-vasculaire :	☒ Normal	☐ Réserve	☐ Anormal
Digestif :	☒ Normal	☐ Réserve	☐ Anormal
Locomoteur :	☒ Normal	☐ Réserve	☐ Anormal
Pulmonaire et Respiratoire :	☒ Normal	☐ Réserve	☐ Anormal
Examen ophtalmologique :	☒ Normal	☐ Réserve	☐ Anormal
Présence de signes d'ataxie :	☒ Non	☐ Oui	

Je certifie sur l'honneur que cet équidé :

- ☒ est à ma connaissance en bon état de santé, d'entretien, indemne de toute boiterie, maladie ou blessure en cours de traitement
- ☒ ne doit pas subir à ma connaissance de chirurgie programmée dans les 90 jours à venir
- ☒ n'a pas subi un accident ou une blessure obligeant à des soins vétérinaires en cours ou à effectuer dans les 10 jours à venir
- ☒ n'est pas en état de gestation pour un poulainage prévu dans les 60 jours à venir
- ☒ ne présente pas de malformation congénitale apparente
- ☒ est à jour de ses vaccins
- ☒ Ne présente pas de métanomes, verrues, sarcoides apparents

Je formule les réserves suivantes (indiquer obligatoirement NEANT en absence de réserves) :

NEANT

Certifié sincère et véritable

A : **Monique**
Le : **05/07/22**

Signature et cachet obligatoires du vétérinaire

Clinique Vétérinaire de Maroilles
SOF des Drs MARLETTE, DESSARS et GARAGE
Chemin de Maubeuge
59550 Maroilles
Tel : 03 27 07 04 07

Certificat vétérinaire à retourner, soit :

par mail : contact@equicourtage.com

par courrier : Equicourtage CS 50200 60501 Chantilly CEDEX