

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	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:
------	-----------	------------------