

2019

**CERTIFICAT SANITAIRE
HEALTH CERTIFICATE**

Je soussigné (e)....., docteur vétérinaire, certifie avoir examiné ce jour le (les) cheval (chevaux) suivant (s):

NomLot:

NomLot:

NomLot:

NomLot:

NomLot:

NomLot:

NomLot:

- Ce(s) cheval (chevaux) ne présente (présentent) aucun signe apparent de maladie contagieuse.*
- Il (s) est (sont) exempt(s) de signe clinique de gourme.*
- Il (s) est (sont) vacciné(s) contre la grippe équine (vaccinations obligatoires prévues par le Code des Courses).*
- Il(s) appartient (appartiennent) à un effectif indemne de maladie contagieuse et il(s) est (sont) stationné(s) au haras de (ou entraîné(s)) depuis le:.....*

Je certifie être le vétérinaire habituel de cet effectif.

Fait à, le.....

Signature du vétérinaire - Ce certificat est valable 8 jours