

**VENTE DE LA TESTE  
9 & 10 SEPTEMBRE 2024**

**CERTIFICAT SANITAIRE  
HEALTH CERTIFICATE**

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

Nom .....Lot: .....

Nom .....Lot: .....

Nom .....Lot: .....

Nom .....Lot: .....

Nom .....Lot: .....

Nom .....Lot: .....

Nom .....Lot: .....

- Ce(s) cheval(aux) présente(ent) un état général satisfaisant et ne présente(ent) aucun signe de maladie ou de boiterie.
- Ce(s) cheval (chevaux) ne présente (présentent) aucun signe apparent de maladie contagieuse notamment de grippe ou de rhinopneumonie (y compris dans les 30 jours avant établissement du présent certificat).
  - Il (s) est (sont) exempt(s) de signe clinique de gourme.
  - Il (s) est (sont) vacciné(s) contre la grippe équine et la Rhinopneumonie (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/tampon du vétérinaire      Ce certificat est valable 8 jours