

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

ATTESTATION

Je soussigné : (Nom) _____ Docteur Vétérinaire,

Exerçant : (Adresse du Vétérinaire) _____

Certifie :

* Avoir vérifié personnellement le numéro de tatouage

N° _____

* Avoir vérifié personnellement le numéro de transpondeur

N° _____

Du chien : (nom du chien). (Affixe) _____

Né(e) le : _____

Appartenant à M., Mme : (nom et adresse du propriétaire) _____

* Et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de la dysplasie de la hanche sur cet animal le : _____

- Sous sédation (*) : _____ (N.D. du sédatif)

- Sous anesthésie générale (*) : _____ (N.D. de l'anesthésique)

Fait à :

Le :

Docteur Vétérinaire, (Signature et Cachet)