Dr Prénom vétérinaire, NOM VÉTÉRINAIRE N° certificat : A remplir par le vétérinaire

Adresse 1 vétérinaire

Adresse 2 vétérinaire

NPA et lieu vétérinaire

**A qui de droit**

**Concerne : certificat de santé**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom cheval | N° puce électronique | N° passeport |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Appartenant à

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |       |
| Prénom : |       |
| Adresse : |       |
| Npa, lieu : |       |
| N° Agate : |       |

Je soussigné,       certifie que l'équidé/les équidés désigné(s) ci-dessus répond(ent) aux conditions suivantes :

[ ]  il/ils a/ont été examiné(s) ce jour et ne présente(nt) aucun signe clinique de maladie;

[ ]  il/ils ne provien(nen)t pas d'(une) exploitation(s) faisant l'objet de mesures d'interdiction pour des motifs de police sanitaire;

[ ]  il/ils n'a/n'ont pas été, à ma connaissance, en contact avec des équidés atteints d'infection ou de maladie contagieuse au cours des 15 derniers jours précédant la présente déclaration;

[ ]  au moment de l'inspection, il(s) étai(en)t apte(s) à être transporté(s) sur le trajet prévu, conformément aux dispositions du règlement (CE) n° 1/2005 (3).

Le présent certificat est valable 48 heures.

La couleur du cachet et de la signature doit être différente de celle des autres mentions du certificat.

Sceau : Signature :