**Cabinet Vétérinaire**



Je soussigné…………………………………………………………………Docteur Vétérinaire, inscrit à

L’AVN sous le N°……………..atteste par le présent certificat sanitaire, avoir examiné, ce jour, les chevaux, Appartenant à Mr ……………………………………………………………………….Demeurant à …………………………………………………, Wilaya de……………………………….., et dont le signalement des chevaux suit :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOM DU CHEVAL** | **SEXE** | **RACE** | **AGE** | **ROBE** | **N° Matricule** | **N° de Puce** |
| 01 | BAROUK | M | ArBe | 2014 | Gris | 142610123 | 012253312345678 |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

Et déclare qu’ils ne présentent, ce jour, aucuns signes ou symptômes de maladies contagieuses et ont toutes les apparences de la bonne santé.

En foi de quoi, le présent certificat sanitaire est délivré à l’intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

*Fait le………………….à…………………….*

***Cachet et signature du Vétérinaire***