

CERTIFICAT VETERINAIRE DE BONNE SANTE

Je, soussigné Dr
inscrit au tableau de l'Ordre des Vétérinaires sous le n°
certifie que le(s) équidé(s) suivant(s) :

Nom

N° sire et/ ou N° d e transpondeur

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

répond(ent) aux conditions suivantes :

- Il a (ils ont) été examiné(s) à ce jour et ne présente(nt) aucun signe clinique de maladie ;

- Il(s) ne provient (nent) pas, à ma connaissance, d'une exploitation faisant l'objet de mesures d'interdiction pour des motifs de police sanitaire ou n'ont pas été en contact avec les équidés d'une exploitation faisant l'objet d'une déclaration de maladie d'artérite virale équine ;

- Il(s) n'a (ont) pas été, à ma connaissance, en contact avec des équidés atteints de maladie ou infection contagieuse durant les 28 derniers jours ;

- Au moment de l'inspection, il(s) était (aient) aptes au transport prévu.

NB : le détenteur des animaux a été averti que l'examen clinique ne remplace pas des prélèvements biologiques pour analyse de dépistage par séroneutralisation (cinétique) ou PCR. Seules de telles analyses certifiées pourraient exclure une infection par le virus de l'artérite virale le jour de prélèvement. Il est de la responsabilité du détenteur de demander ou non l'exécution de ces prélèvements biologiques.

Date :

Lieu :

Cachet et signature du vétérinaire :
(nom en lettres capitales et qualité)

Attestation valable 7 jours