

CERTIFICAT VÉTÉRINAIRE ATTESTATION CLINIQUE

Sur demande de son détenteur et remis en main propre

Un double doit être conservé par le vétérinaire

Je soussigné(e) Dr vétérinaire : _____
inscrit à l'Ordre des vétérinaires sous le numéro : _____
exerçant à : _____
certifie avoir examiné le : (date en toutes lettres) _____ à _____ heure,
à (Lieu consultation : domicile, cabinet professionnel ou autre) : _____

L'animal:

Nom : _____ Numéro d'identification : _____
espèce : _____ race : _____ sexe : _____ âge : _____
Présenté par (nom, prénom, adresse) : _____
disant être le propriétaire ou le détenteur de l'animal

Faits ou commémoratifs :

La personne déclare que son animal a été victime de violences le (date) : _____
à (heure) : _____ à (lieu) : _____
dans les circonstances suivantes :

Autres déclarations ou informations recueillies au cours de la consultation :

Examen clinique :

Exposé des constatations faites sur l'animal examiné.

- **Sur le plan physique :**

Description des lésions physiques (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

- **Sur le plan comportemental :**

Joindre photographies éventuellement prises par le Dr vétérinaire, datées et signées
(cachet du praticien au verso)

Examen clinique de l'animal fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui Non

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète
(nom, prénom, adresse) : _____

Certificat établi à la demande du propriétaire ou détenteur
et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres) : _____

SIGNATURE et CACHET du Dr vétérinaire :