



REPRESENTANT GAN

Cabinet MARRAUD BUZET
870 AV JEAN BRU - 47008 AGEN CEDEX
☎05.53.47.31.36
agen-prefecture@gan.fr
Orias n°11 059 371 – 24 008 224

Je soussigné, _____, certifie
avoir examiné cet animal en date du _____

Et complété les éléments suivants d'après son Livret d'Identification.

Nom du propriétaire :

Nom Cheval : _____ Robe : _____ Race : _____ Sexe : _____
Si jument gestante, date de saillie : _____
N° SIRE : _____ N° de Transpondeur (puce) : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

ETAT DE SANTÉ DE L'ANIMAL	BON	MOYEN ANORMAL	COMMENTAIRES / RÉSERVES / ANCIENNES PATHOLOGIES CONNUES
• Etat général d'entretien de l'animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score corporel (?/5) :
• Ophtalmoscopie et Organe des sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Appareil bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Appareil digestif, crottins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Appareil cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Appareil génito-urinaire externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Appareil locomoteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES / ANCIENNES PATHOLOGIES CONNUES
• Etes- vous le vétérinaire traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Cet animal a-t-il déjà été vu ou soigné pour des affections articulaires, arthritiques, ligamentaires ou tendineuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels*:
• Présence OCD ou SUROS Connus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels*:
• Présence de défauts d'aplombs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels*:
• Cet animal a-t-il déjà été vu pour coliques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui Chirurgicale ou médicale et date :
• L'animal est régulièrement vermifugé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Vaccination Grippe Equine / tétanos à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Présence d'autres anomalies visibles (verrues, sarcoïdes, hernie, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• L'équidé a-t-il eu un bilan imagerie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, remarques / anomalies *

*Remarques/anomalies

Sauf les réserves faites ci-dessus, j'atteste que cet animal est en parfait état de santé et d'entretien, qu'il est indemne de toute tare et, qu'à ma connaissance, rien ne s'oppose à son assurance. Je déclare en outre, qu'à ma connaissance, il n'y a pas de maladie infectieuse dans le voisinage et dans les locaux qui, par ailleurs, sont en bon état d'entretien. Fait après examen clinique, à _____, le _____ **Cachet & Signature Vétérinaire**