



A compléter par le **vétérinaire traitant** sauf achat récent

### REPRESENTANT GAN

Cabinet MARRAUD  
870 AV JEAN BRU - BP 357  
47008 AGEN CEDEX  
☎05.53.47.31.36  
agen-prefecture@gan.fr  
Orias n°11 059 371

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 du cheval : \_\_\_\_\_ Robe : \_\_\_\_\_ Race : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
N° SIRE : \_\_\_\_\_ N° de Transpondeur (puce) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Hongre  Jument  Etalon Si jument est-elle gestante ?  Si Oui, date de saillie ? \_\_\_\_\_

ETAT DE SANTÉ DE L'ANIMAL	BON	MOYEN OU ANORMAL	COMMENTAIRES / RÉSERVES / ANCIENNES PATHOLOGIES CONNUES
Etat général d'entretien de l'animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score corporel ( ?/5) :
Ophtalmoscopie et Organes 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
• <b>Etes- vous le vétérinaire traitant ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez- vous déjà soigné ou cet animal a-t-il déjà été vu pour des affections articulaires, arthritiques, ligamentaire ou tendineuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Présence OCD ou SUROS connus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez- vous déjà soigné ou cet animal a-t-il déjà été vu pour des 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 » à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Vaccination « Tétanos » à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Absence de vice rédhibitoire visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Observations :** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ **Signature Vétérinaire**