

ATTESTATION VETERINAIRE

Je soussigné(e) :

Docteur vétérinaire exerçant à :

certifie :

→ avoir vérifié personnellement l'identification :

Puce / Tatouage (*) :

du chien (nom) :

.....

de sexe : M / F (*), de race :

né (e) le :/...../..... n°LOF :

→ et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de la dysplasie de la hanche

le/...../.....

▪ sous sédation (*) : (N.D. du sédatif).....

▪ sous anesthésie générale (*) : (N.D. de l'anesthésique
.....

.....

Fait à :

Le :/...../.....

Signature et cachet :