CIRCLE **EQUINE**

CERTIFICAT DE BONNE SANTE
Document à renvoyer complété à assurances@watinco.be

COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL

Nom et prénom : .....

INFORMATIONS RELATIVES AU CHEVAL

Nom du cheval : .....

Numéro de Microchip : .....

Date de naissance : .....

CERTIFICAT

Je soussigné, docteur en médecine vétérinaire,

- déclare être ou ne pas être le vétérinaire traitant pour ce cheval
- atteste que le cheval dont coordonnées ci-dessus, n'a pas souffert de pathologies ou de blessures au cours des 24 derniers mois.

Dans le cas contraire, je précise que ce cheval a souffert de :

Pathologie ou blessure	date	État actuel	Pronostic

Coordonnées du vétérinaire : .....

.....

.....

Date signature