

# FICHE CYNO-SANITAIRE



NOM DU PROPRIETAIRE DES CHIENS :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

NOM – Prénom du MUSER :

CLUB :

CATEGORIE :

Chaque chien participant à la course ou stationnant sur la stake-out devra être vacciné contre :

la Rage, la Toux des chenils (Para Influenza et Bordetella bronchoseptica), la maladie de Carré, l'hépatite de Rubarth, la Leptospirose et la Parovirose.

Cette fiche est à faire compléter par votre vétérinaire et une copie de celle-ci doit être envoyée avec chaque inscription de course à l'organisateur.

**MERCI DE SURLIGNER AU FLUO LES CHIENS COMPOSANT L'ATTELAGE ET INDiquer LE TYPE DE LA CATEGORIE DANS LAQUELLE LE CHIEN COURT SELON SA RACE D'APPARTENANCE (1 – 2 ou 3)**

| CATEGORIE<br>1 - 2 - 3<br>à préciser | NOM COMPLET DU CHIEN |  | Race | Sexe | Date de naissance | N° Puce<br>Electronique - Tatouage | N° LOF<br>/ pedigree<br>ou N° Passeport<br>Cat. 3 | Vaccinations (dates et validités) |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            | N°<br>Passeport<br>Européen |
|--------------------------------------|----------------------|--|------|------|-------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|                                      |                      |  |      |      |                   |                                    |                                                   | TOUX de CHENIL                    |                            | Leptospirose           |                            | CHPPi                  |                            | ANTIRABIQUE            |                            |                             |
|                                      |                      |  |      |      |                   |                                    |                                                   | Date de<br>Vaccination            | Date de fin de<br>validité | Date de<br>Vaccination | Date de fin de<br>validité | Date de<br>Vaccination | Date de fin de<br>validité | Date de<br>Vaccination | Date de fin de<br>validité |                             |
|                                      | 1                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 2                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 3                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 4                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 5                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 6                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 7                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 8                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 9                    |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 10                   |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 11                   |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 12                   |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 13                   |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |
|                                      | 14                   |  |      |      |                   |                                    |                                                   |                                   |                            |                        |                            |                        |                            |                        |                            |                             |

Je, soussigné(e) (NOM et Prénom du vétérinaire),

, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Cachet vétérinaire :

Date :

Signature :

