



# CERTIFICAT VETERINAIRE

Le but de cet examen est d'identifier le cheval en question, et d'informer la compagnie de tout fait médical dont vous avez connaissance et/ou obtenu lors de votre examen. Les chevaux doivent être examinés en mouvement.

Une observation attentive doit être faite quant aux conditions de logement et à la présence de maladies contagieuses ou infectieuses ou d'autres problèmes liés à la santé / au bien-être du cheval.

Je soussigné, Dr KITTEN Catherine certifie être vétérinaire spécialisé en pratique équine, a examiné ce jour  
 NOM du CHEVAL : HONOLULU DUROY Appartenant à : Camille Schlaunich  
 PERE : \_\_\_\_\_ MERE : \_\_\_\_\_  
 AGE (si foal : date naiss.) : ans ROBE : alezan SEXE : hongre  
 RACE : selle français N° D'IMMATRICULATION : 17 49 89 59 R  
 Si hongre, spécifier la date de la castration si effectuée durant les 12 derniers mois : \_\_\_\_\_  
 S'il s'agit d'une jument, est-elle gestante et de qui ? / Date de dernier service : \_\_\_\_\_

### Je confirme ce qui suit :

1. La fréquence cardiaque et la respiration sont normales,
2. La température est normale,
3. Les yeux sont cliniquement normaux,
4. Absence d'historique ou de signe d'hémorragie,
5. Absence de signe ou de rapport de chirurgie,
6. Absence d'historique ou de signe de névrotomie,
7. Si c'est un mâle, les deux testicules sont normaux à la palpation,
8. Le coeur est normal à l'auscultation,
9. L'écurie est saine,
10. Absence d'historique de colique,
11. Le cheval semble être en bonne santé,
12. Absence d'historique ou de signe de fourbure,
13. Absence d'historique ou de signe de boiterie,
14. Absence de signe d'ataxie locomotrice,
15. L'animal est régulièrement vacciné et vermifugé.

dernier TGRhino 01/05/24  
 dernier Vermifuge 20/09/24

Décrivez les points ci-dessus mentionnés qui, en vertu de vos connaissances, sont anormaux \_\_\_\_\_

AUCUN

Le cas échéant, cela a-t'il des conséquences sur la capacité à vivre de l'animal ? \_\_\_\_\_

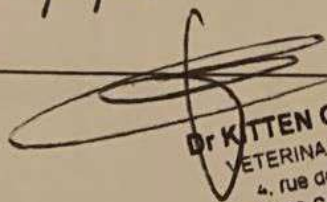
Selon vous, existe-t-il d'autres faits qui devraient être portés à la connaissance de la compagnie d'assurance ? \_\_\_\_\_

AUCUN

NOM DU VETERINAIRE (en lettres majuscules) KITTEN Catherine 7374

Etes-vous le vétérinaire traitant ? Oui  Non

DATE DE LA VISITE : 15/11/24 Heure de la visite : 14h00 Lieu de la visite : Lavole He

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ TAMPON :  
  
 Dr KITTEN Catherine  
 VETERINAIRE 7374  
 4, rue de Gazel  
 81100 CASTRES  
 05 63 59 29 81