



FICHE CYNO-SANITAIRE (1/2)

NOM DU MUSHER : Prénom :

CATEGORIE : CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Chaque chien participant à la course ou stationnant sur la stake-out devra être vacciné contre :
 La rage, la maladie de Carré, l'hépatite de Rubarth, la leptospirose et la parvovirose, la toux du chenil (**PI et Bordetella bronchiseptica**).
 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 FEUTRE FLUO LES CHIENS COMPOSANT L'ATTELAGE.

	NOM COMPLET DU CHIEN	RACE	Sexe	Date de naissance	Tatouage ou N° Puce électronique	N° LOF ou Certifié BON ou N° Passeport Cat 3	Dates des vaccinations			N° Passeport Européen
							Toux du chenil	CHLPi	ANTIRABIQUE	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Je soussigné (NOM et Prénom du vétérinaire) : CERTIFIE l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Cachet du vétérinaire :

Date : Signature du vétérinaire :

Vétérinaire fédéral
 Pour toutes informations :
 Sébastien MOUILLARD
 Tel : 02.32.24.08.47



FICHE CYNO-SANITAIRE (2/2)

NOM DU MUSHER : Prénom :

CATEGORIE : CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Chaque chien participant à la course ou stationnant sur la stake-out devra être vacciné contre :
 La rage, la maladie de Carré, l'hépatite de Rubarth, la leptospirose et la parvovirose, la toux du chenil (**PI et Bordetella bronchiseptica**).
 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 FEUTRE FLUO LES CHIENS COMPOSANT L'ATTELAGE.

	NOM COMPLET DU CHIEN	RACE	Sexe	Date de naissance	Tatouage ou N° Puce électronique	N° LOF ou Certifié BON ou N° Passeport Cat 3	Dates des vaccinations			N° Passeport Européen
							Toux du chenil	CHLPi	ANTIRABIQUE	
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										

Je soussigné (NOM et Prénom du vétérinaire) : CERTIFIE l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Cachet du vétérinaire :

Date : Signature du vétérinaire :

Vétérinaire fédéral
 Pour toutes informations :
 Sébastien MOUILLARD
 Tel : 02.32.24.08.47