

ATTESTATION

Je soussigné : (Nom)..... **Docteur Vétérinaire,**

exerçant à : (Adresse).....

.....

Certifie :

* avoir vérifié personnellement le numéro de tatouage N°.....

et/ou d'identification par insert N°

du chien : (Nom, affixe)

né(e) le :.....

appartenant à M., Mme : (nom et adresse du propriétaire) :

.....

* et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de la dysplasie de la hanche sur cet animal le :

.....

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

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

Fait à :

Le :

Docteur Vétérinaire,

(Signature et Cachet)

(*) rayer les mentions inutiles et compléter par le nom du médicament utilisé.