

ATTESTATION

Je soussigné(e) Docteur Vétérinaire
exerçant à

certifie :

1) avoir vérifié personnellement

le tatouage N°

le N° d'immatriculation électronique (puce) :

du chien (nom) :

de sexe M / F (*)

race..... né(e) le.....

LOF N°

appartenant à

M., Mme.....

2) et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de la dysplasie de la hanche et/ou
du coude sur cet animal le

- sans préparation médicamenteuse

- sous sédation..... -(préciser protocole)

- sous anesthésie générale.....- (préciser protocole)

Fait à..... le ..

Signature et cachet