

# CERTIFICAT VETERINAIRE SANITAIRE

## EQUIDE

Je soussigné(e), Docteur .....  
Vétérinaire, titulaire du mandat sanitaire valable pour le département de l'Ardèche,

Certifie avoir examiné ce jour, les **équidés**  enregistrés  non enregistrés

Identifié(s) sous les n° d'immatriculation :  
(éventuellement liste fournie par le détenteur et visée par vos soins)

N° IDENTIFICATION	N° PUCE	NOM	AGE	SEXE

Détenus chez (lieu de l'examen) .....  
à .....

et appartenant à (nom et coordonnées du propriétaire).....

Au cours de cet examen, et sur la base des déclarations du détenteur, cet (ces) animal (aux)  
est (sont) apparu(s) :

- en bon état de santé,
- exempt(s) de signes cliniques ou de symptômes de maladies contagieuses de l'espèce ou de zoonoses :
  - \* peste équine,
  - \* morve (*Burkholderia mallei*),
  - \* surra (infection à *Trypanosomia evansi*) au cours des 30 jours précédant leur départ,
  - \* dourine au cours des 6 mois précédant leur départ,
  - \* anémie infectieuse au cours des 90 jours précédant leur départ,
  - \* encéphalomyélite équine vénézuélienne au cours des 6 mois précédant leur départ,
- apte(s) au transport auquel il(s) est (sont) destiné(s),
- établissement exempt de taux de mortalité anormaux.

Fait à .....le.....  
Signature et cachet du vétérinaire sanitaire