




INFORMATIONS

Nom de l'écurie :			Nom du responsable (entraîneur) :				
* Statut de vaccination possible : A Primo-vaccination (2 injections) B Rappel de vaccination C Inconnu ¹					Coggins		
Participant	Nom officiel du cheval en compétition	Nom du propriétaire	Statut de vaccination (A, B ou C) *			Date (dernière injection ou dernier rappel)	Date d'émission du certificat de dépistage
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		
<input type="checkbox"/>			A	B	C		

***Attention*, une fois la case « cadenas » cochée, les modifications ultérieures seront impossibles. Veuillez vérifier vos réponses avant de cocher.**

¹ Le propriétaire du cheval devra faire suivre un complément d'information à l'organisateur de l'activité équestre pour compléter son dossier ou encore mieux, expédier une photo / capture d'écran du formulaire complété au responsable de l'écurie.

INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

Nom :		Date :
Signature :	Courriel :	No de téléphone :
<input type="checkbox"/> Je confirme que l'information est conforme		<input type="checkbox"/>  Verouiller tous les champs protégés

Note : Le médecin vétérinaire qui signe ce document doit cocher la cases  pour protéger l'information.