



**CERTIFICAT
ANNUEL DE BONNE
SANTÉ DU
CHIENS VISITEURS**



Cher(e) Ami(e) Vétérinaire,

Vous êtes devant un **propriétaire ou conducteur** et son chien qui ont suivi une formation sur l'activité de « Chien Visiteur » dans le but d'intervenir bénévolement auprès de différentes structures telles que les Ecoles, Hôpitaux, Maisons de Retraite, MAS, etc...

Lors de celle-ci, ce chien a été testé par plusieurs moniteurs et formateurs canins diplômés qui œuvrent dans un club affilié à la Société Centrale Canine. Vous pouvez consulter ses résultats si besoin.

Merci de leur consacrer un peu de votre temps afin de remplir le questionnaire ci-joint qui leur permettra, si votre avis est favorable, de pouvoir démarrer l'activité.

Par la suite, lors de chaque visite pour la vaccination et le suivi de ce chien, il vous sera demandé de remplir un nouveau questionnaire.

Veillez agréer nos plus cordiales salutations cynophiles.



**CERTIFICAT
ANNUEL DE BONNE
SANTE DU
CHIENS VISITEURS**



Nom du chien : _____

Propriétaire ou conducteur : _____

Race : _____

N°FAPAC : _____

Sexe : Mâle Femelle

Identification (N° tatouage ou N° transpondeur)

Date de naissance : _____

: _____

Nom du vétérinaire : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

Vaccinations :

Carré : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Hépatite : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Leptospirose : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Parvovirose : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Toux de chenil : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Rage : Oui Non Date du prochain rappel : _____

Vermifugations :

Faites sous la responsabilité du propriétaire ou conducteur du chien.

Produit utilisé : _____ Dosage : _____

Fréquence de prise : _____

Date de la dernière prise : _____

Traitements contre les parasites externes :

Faits sous la responsabilité du propriétaire du chien.

Produit utilisé : _____ Dosage : _____

Date de la dernière application : _____ Fréquence d'application : _____

Examen général :

A ce jour, lors de la consultation, absence de signes cliniques de toute maladie :

Oui Non

Si non, type de la maladie détectée :

Type et durée du traitement instauré :

Hygiène bucco-dentaire :

Présence de tartre : Néant Léger Important

Détartrage à envisager : Oui Non

Cet animal :

Ne présente pas de contre-indication sanitaire

Présente une contre-indication sanitaire

à la pratique de l'activité de « Chiens Visiteurs ».

Observations :

Fait le : _____

Signature et cachet du vétérinaire :

Signature du propriétaire ou conducteur :