|  |  |
| --- | --- |
|  | **CERTIFICAT ANNUEL "DE BONNE SANTE »****DU CHIEN VISITEUR** |
|  | **Version 10/2022** |

 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.

Veuillez agréer nos plus cordiales salutations cynophiles.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CERTIFICAT ANNUEL DE « BONNE SANTE » DU CHIEN VISITEUR** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du chien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Race : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexe :  Mâle  FemelleDate de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Propriétaire ou conducteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°FAPAC :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identification (N° tatouage ou N° transpondeur) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de la dernière prise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Dosage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fréquence de 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 a envisager :  Oui  Non

**Cet animal :**

** Ne présente pas de contre-indication sanitaire**

** Présente une contre-indication sanitaire**

**à la pratique de l’activité de « Chien Visiteur ». **

**Observations :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature et cachet du vétérinaire :

Signature du propriétaire ou conducteur :