

CERTIFICAT DE BONNE SANTE

Document à renvoyer complété à assurances@watinco.be

COORDONNÉES DU PROPRIÉTAIRE DU CHEVAL

Nom et prénom :

INFORMATIONS RELATIVES AU CHEVAL

Nom du cheval :

Numéro de Microchip :

Date de naissance :

CERTIFICAT

Je soussigné, docteur en médecine vétérinaire,

- déclare être ou ne pas être le vétérinaire traitant pour ce cheval
- atteste que le cheval dont coordonnées ci-dessus, n'a pas souffert de pathologies ou de blessures au cours des 24 derniers mois et que son état actuel permet la castration

Coordonnées du vétérinaire :
.....
.....

Date

signature