

CERTIFICAT DE BONNE SANTEDocument 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, est apte à être transporté par terre – air - mer

J'émet des réserves relatives à :

Pathologie ou blessure	date	État actuel	Pronostic

Coordonnées du vétérinaire :

.....

Date

signature