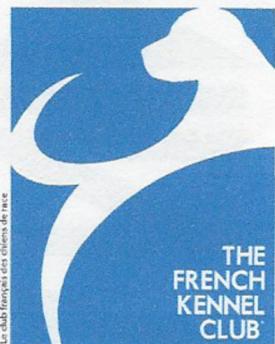


SOCIÉTÉ CENTRALE CANINE



# RECHERCHE DE LA LUXATION DE LA ROTULE

Fédération nationale agréée par le Ministère de l'Agriculture

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

Club de race : EPAGNEUL NAIN CONTINENTAL

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (\*) BARDOT Prénom (\*) Vanessa

Numéro d'inscription au tableau de l'Ordre (\*) 14.758

Tél (\*\*) 02.32.53.01.65 Courriel (\*\*) gaillon.veto@orange.fr

(\*) Champs OBLIGATOIRES à remplir EN CAPITALES D'IMPRIMERIE (\*\*) Champs facultatifs

Certifie avoir examiné selon les règles acquises de la science, le chien :

Nom : LADY-CHATTERLEY

Affixe ou préfixe (\*\*): DU PRE MELY DE LAUREDEN

Race : EPAGNEUL NAIN PARISIEN Sexe : Femelle Date de naissance : 12/09/15

Identification (\*\*):

- par tatouage numéro (1): 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- par transpondeur numéro (1): 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 5 | 0 | 2 | 6 | 9 | 8 | 0 | 2 | 6 | 0 | 7 | 8 | 2 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Je certifie avoir moi-même vérifié l'identification de ce chien.

Examen de la rotule

Luxation : 

|                          |                                                     |                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Pas de luxation | <input checked="" type="checkbox"/> Pas de luxation |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

- médiale  - médiale  
 - latérale  - latérale

Degré de luxation : 

|                                     |                                  |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Stade I | <input type="checkbox"/> Stade I |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

- stade II  - stade II  
 - stade III  - stade III  
 - stade IV  - stade IV

Examen effectué :  sans sédation  avec sédation

(\*\*) rayer les mentions inutiles

Fait à : Gaillon le : 14 / 01 / 2017

**CLINIQUE VETERINAIRE GAILLON**  
16 Avenue du Mal Leclerc  
B.P. 4  
27600 GAILLON  
Tél. : 02 32 53 01 65  
Fax : 02 32 53 52 56

## PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIETAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e) Jocelyne Charbonnet

domicilié(e) 27950 St Just Cotes

- accepte que ces résultats soient transmis au Club de race pour utilisation, diffusion et/ou publication en tant qu'informations utiles à la sélection dans le cadre des missions qui lui sont dévolues;
- certifie que ce chien n'a pas subi, à ma connaissance, ni traitement médical, ni intervention chirurgicale susceptible de modifier les conclusions de l'examen;

Fait à : Gaillon le : 14 / 01 / 2017

Pour l'amélioration des races de chiens en France  
155, avenue Jean-Jaurès  
93535 AUBERVILLIERS CEDEX - FRANCE  
Tél. : +33 (0)1 49 37 54 00 - Fax: +33 (0)1 49 37 01 20  
Fax Lof / Conf : +33 (0)1 49 37 55 99

Signature du propriétaire du chien

*Jocelyne Charbonnet*