



Fédération nationale
agrée par le Ministère
de l'Agriculture

RECONNUE
D'UTILITÉ PUBLIQUE

RECHERCHE DE LA LUXATION DE LA ROTULE

Club de race : ESPAGNEUL NAIN CONTINENTAL

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom (*) BAEDOST

Prénom (*)

Vanessa

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

14.758

Tél (**) 02 32 53 01 65 Courriel (**)

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

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

Nom : DORSSSETT

Affixe ou préfixe (**): JON DEN KOLIBRIS.

Race : PAPILLON Sexe : FEMELLE Date de naissance : 05/05/2015

Identification (**):

- par tatouage numéro (1): ██████████

- par transpondeur numéro (1): 2761098110418691162

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

Examen de la rotule

Luxation :

Gauche

Pas de luxation

- médiale

- latérale

Stade I

- stade II

- stade III

- stade IV

sans sédation

avec sédation

Droite

Pas de luxation

- médiale

- latérale

Stade I

- stade II

- stade III

- stade IV

Examen effectué

(***) rayer les mentions inutiles

Fait à : Gaillon

le : 10 / 07 / 17

Signature et timbre du vétérinaire

CLINIQUE VÉTÉRINAIRE GAILLON
16 Avenue du Mal Leclerc
27600 GAILLON
Tél. : 02 32 53 01 65
Fax : 02 32 53 52 56

PARTIE A REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE DU CHIEN

Je soussigné(e) Mme CHARTREAU Jacqueline
domicilié(e) 14 rue des Oiseaux 88000
27950 SA CHAPELLE - LONGUEVILLE

- 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;

NB: ce document est à envoyer au club de race et non à la S.C.C.

Fait à : Gaillon

le : 10 / 07 / 17

Signature du propriétaire du chien

Ch. Chartreau