

ATTESTATION

Je soussigné(e), Docteur Vétérinaire
exerçant à

certifie :

* avoir vérifié personnellement le tatouage N°

Le N° d'immatriculation électronique (puce) :

du chien (nom) :

de sexe M / F (*)

race....., né(e) le.....

numéro de pédigrée°

appartenant à M.,Mme.....

* et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de la dysplasie de
la hanche sur cet animal le

- sous sédation.....(préciser le protocole)

- sous anesthésie générale (préciser le protocole)

Fait à, le

Signature et cachet

NB La circulaire, impose de recourir à une sédation profonde ou à une anesthésie pour procéder au dépistage officiel de la dysplasie coxo-fémorale