

CERTIFICAT D'APTITUDE VÉTÉRINAIRE



Propriétaire

Nom : Prénom :
Téléphone : Mail :
Adresse :

Animal

Nom : Espèce :
Race : Date de naissance :/...../.....
Sexe : M/ F Castré/stérilisé : Oui / Non Poids : KG

Docteur

Nom : Prénom :
Adresse :
Tél : Mail :
Pathologie :
Chirurgie (réalisée ou envisagée) : Date :/...../.....
Traitement en cours :
Remarques et précautions éventuelles (pathologies cardiaque/respiratoire/dermatologique/autre)
.....

Je déclare avoir examiné l'animal nommé ci-dessus et le déclare apte à suivre un programme de revalidation impliquant : (Biffer les options si nécessaire)

- | | |
|--|---|
| ☐ Hydrothérapie | ☐ Physiothérapie (proprioception, renforcement musculaire) |
| ☐ Ostéopathie | ☐ Laser |
| ☐ Electro-stimulation | ☐ Massage |

Signature et cachet