



S C B A - 82 cours Charlemagne - BP 2002 - 69228 LYON CEDEX 02

CERTIFICAT A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE LORS DE LA RADIOGRAPHIE DES HANCHES ET/OU DES COUDES

Je soussigné Docteur Vétérinaire

Nom :

Prénom :

Inscrit à l'Ordre des Vétérinaires sous le numéro :

Certifie avoir pratiqué :

Le (date) :

- La radiographie des hanches (1)

- La radiographie des coudes (1)

Sur le chien identifié

- par tatouage numéro (1) :

- par puce électronique numéro (1) :

Et vérifié moi-même l'identifiant de ce chien.

Je certifie par ailleurs que la radiographie a été pratiquée

Sous anesthésie générale (1)

Sous sédation profonde (1)

(1) Rayer la mention inutile

Fait à :

le :

Signature du Vétérinaire

