

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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hydrothérapie | <input type="checkbox"/> Physiothérapie (proprioception, renforcement musculaire) |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Champs magnétiques bio-pulsés (magnomégathérapie) |
| <input type="checkbox"/> Electro-stimulation | <input type="checkbox"/> Tecarthérapie (diathermie) |

Signature et cachet