

## 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