



**CERTIFICAT ANNUEL "DE BONNE SANTE »**  
**DU CHIEN VISITEUR**

**Version 10/2022**

Cher ami vétérinaire,

Vous êtes devant un propriétaire ou conducteur et son chien qui ont suivi une formation sur l'activité de « Chien visiteur » dans le but d'intervenir bénévolement auprès de différentes structures telles que les écoles, hôpitaux, maisons de retraite, Mas, etc.

Lors de celle-ci, ce chien a été testé par plusieurs moniteurs et formateurs canins diplômés qui œuvrent dans un club affilié à la Centrale canine. Vous pouvez consulter ses résultats si besoin.

Merci de leur consacrer un peu de votre temps afin de remplir le questionnaire ci-joint qui leur permettra, si votre avis est favorable, de pouvoir démarrer l'activité.

Par la suite, lors de chaque visite pour la vaccination et le suivi de ce chien, il vous sera demandé de remplir un nouveau questionnaire.

Veillez agréer nos plus cordiales salutations cynophiles.



## CERTIFICAT ANNUEL DE « BONNE SANTE » DU CHIEN VISITEUR

Nom du chien : \_\_\_\_\_ Propriétaire ou conducteur : \_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_ N°FAPAC : \_\_\_\_\_

Sexe :  Mâle  Femelle Identification (N° tatouage ou N° transpondeur) :

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du vétérinaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

### **Vaccinations :**

Carré :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Hépatite :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Leptospirose :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Parvovirose :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Toux de chenil :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

Rage :  Oui  Non Date du prochain rappel : \_\_\_\_\_

### **Vermifugations :**

Faites sous la responsabilité du propriétaire ou conducteur du chien.

Produit utilisé : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise : \_\_\_\_\_ Fréquence de prise : \_\_\_\_\_

### **Traitements contre les parasites externes :**

Faits sous la responsabilité du propriétaire du chien.

Produit utilisé : \_\_\_\_\_ Dosage : \_\_\_\_\_

Date de la dernière application : \_\_\_\_\_

Fréquence d'application : \_\_\_\_\_

**Examen général :**

À ce jour, lors de la consultation, absence de signes cliniques de toute maladie :

Oui     Non

Si non, type de la maladie détectée :

\_\_\_\_\_

Type et durée du traitement instauré :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hygiène bucco-dentaire :**

Présence de tartre :  Néant     Léger     Important

Détartrage a envisager :  Oui     Non

**Cet animal :**

**Ne présente pas de contre-indication sanitaire**

**Présente une contre-indication sanitaire**

à la pratique de l'activité de « Chien visiteur ».

**Observations :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du vétérinaire :

Signature du propriétaire ou conducteur :