**ATTESTATION**

Je soussigné Docteur vétérinaire (nom et prénom) ………………………………………………………….

Inscrit à l’ordre sous le numéro …………..

Exerçant au cabinet 🞏 à ma clinique 🞏 …………………………………………………………………….……….

Certifie prodiguer régulièrement des soins

▪ au chien (nom) ………………………..identifié (tatouage ou N° puce) :…………………………....

▪ au chien (nom) …………..……………identifié (tatouage ou N° puce) :…………………………....

▪ à la chienne (nom) ………..…………identifiée (tatouage ou N° puce) :…………………………..

Nom du propriétaire 🞏 M. 🞏 Mme (nom prénom) …………………………………………………………

demeurant ……………………………

Ce chien pratique ou a pratiqué la discipline 🞏Ring 🞏Mondioring 🞏IGP 🞏Campagne disciplines gérées par la Société centrale Canine

A ce titre, je certifie n’avoir pas constaté de problème d’ordre comportemental avec ces chiens lors de la visite dans mes locaux. Ces chiens ont un comportement sociable et équilibré.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ………………………………… le ……………………………………….

Signature cachet

*A retourner au « lempring0@gmail.com »*