

ATTESTATION

Je soussigné,, Docteur Vétérinaire,

Exerçant à, N° d'inscription à l'ordre

Certifie :

***avoir vérifié personnellement le numéro de tatouage N°**

- du chien (nom, race, sexe)

.....

- né(e) le

***et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de dysplasie de la hanche sur cet animal le**

- sans préparation (*)

- sous sédation(*)

- sous anesthésie générale (*).....

Fait à

Le

Docteur Vétérinaire,

Signature et Cachet

(*) : rayer les mentions inutiles et compléter éventuellement par le médicament utilisé.