

DOG ZEN PARADISE

AUTORISATION VETERINAIRE

A compléter par le propriétaire :

Date :

Nom du propriétaire : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Portable : _____

E-mail : _____

Nom de l'animal _____

Race : _____

Sexe : mâle femelle

Stérilisé(e) oui non

Date de naissance : _____

Poids : _____ kg

A compléter par le vétérinaire traitant :

Date de consultation :

Vétérinaire traitant : _____

Clinique vétérinaire : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Renseignements médicaux :

Problèmes cardiaques ? Merci de préciser

Problèmes respiratoires ? Merci de préciser

Problèmes dermatologiques ? Merci de préciser

Autres affections ou problèmes ? Merci de préciser

Aptitude :

Le travail dans l'eau est-il conseillé selon vous pour ce chien ?

oui

non

Instructions et recommandations particulières :

Cet animal ne présente à ce jour aucune contre-indication à la réalisation de séances de travail dans l'eau

Signature et cachet du vétérinaire