



CERTIFICAT VÉTÉRINAIRE D'APTITUDE À LA PRISE EN CHARGE

Propriétaire

Nom : Prénom :

Téléphone : Mail :

Adresse :

Animal

Nom : Espèce :

Race : Date de naissance :/...../.....

Sexe : M/F Castré/Stérilisé : Oui/Non Poids :

Prescripteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Pathologie :

Chirurgie (réalisée ou envisagée) : Date :/...../.....

Diagnostic :

Traitement en cours :

Remarques et précautions éventuelles (pathologies cardiaques/respiratoires/dermatologiques/autres):
.....
.....

Je déclare avoir examiné l'animal nommé ci-dessus et le déclare apte à suivre un programme de réévaluation impliquant : (cocher les options utiles)

Physiothérapie (massages, mobilisation/stretching, proprioception, renforcement musculaire,...) Ostéopathie

Hydrothérapie Électrothérapie Fleurs de Bach Arhomani training (huiles essentielles)

Signature et cachet