

Certificat de délivrance d'un vaccin

Je soussigné, _____

Docteur- Vétérinaire à : _____

Certifie avoir délivré M. ou Mme : _____

Membre de la société d'aviculture ou club spécialisé de : _____

Nom et nombre de doses	
Numéro(s) de lot	
Date limite d'utilisation	

Nom et nombre de doses	
Numéro(s) de lot	
Date limite d'utilisation	

Nom et nombre de doses	
Numéro(s) de lot	
Date limite d'utilisation	

Fait à : _____ le : ___ / ___ / 201__

Le Docteur-Vétérinaire :

Attestation de vaccination

Je soussigné, (nom, prénom) _____

Membre de la société d'Aviculture ou Club de : _____

Adresse : N° _____

Code postal | | | | | Commune _____

Exposant à : _____ le : ___ / ___ / 201__

Certifie sur l'honneur avoir vacciné ou fait vacciné mes animaux suivants, en respectant le mode, la voie d'administration, la posologie et les modalités spécifiques à chaque produit.

Volailles		Lapins		Pigeons	
N° Bague	Race	Tatouage	Race	N° Bague	Race

Fait à : _____ le : ___ / ___ / 201__

Signature éventuelle
du moniteur sanitaire

Signature de l'éleveur