

Formulaire de Médication 1

AUTORISATION POUR LES SOINS D'URGENCE

Mentionner la discipline : Saut d'obstacles, Dressage, Concours Complet, Attelage, Voltige, Endurance, Reining

A REMPLIR PAR LE VÉTÉRINAIRE TRAITANT

Concours : **Date :**

Nom du cheval : **N° du passeport :**

Personne Responsable : **Nationalité :**

N° de l'épreuve : **N° du box :**

Symptômes ou état nécessitant un traitement médical :

.....

.....

Médicament (y compris la dose) :

Principes actifs : (voir notice) :

Voie d'administration : à usage local orale sous-cutanée
intramusculaire intraveineuse rectale

Date et heure d'administration :

Nom du vétérinaire traitant : **Signature :**

À REMPLIR PAR LA COMMISSION VÉTÉRINAIRE/DÉLÉGUÉ VÉTÉRINAIRE

Après examen du cheval susmentionné, j'autorise, par la présente, le traitement et déclare, en toute connaissance de cause, que le cheval est :

APTE INAPTE à participer/à poursuivre ce concours.

Date et heure de l'autorisation :

Nom du membre de la Commission Vétérinaire/

Délégué Vétérinaire : **Signature :**

Le cheval : participe est retiré a terminé la compétition

À REMPLIR PAR LE PRÉSIDENT DU JURY DE TERRAIN

Conformément à l'Art. 143.6 du RG et sur autorisation de la Commission Vétérinaire/ Délégué Vétérinaire, ce cheval ayant subi un traitement d'urgence comme indiqué ci-dessus :

PEUT participer/poursuivre ce concours DOIT être suspendu

Date et heure de la signature :

Nom du Président du Jury de Terrain : **Signature :**