

HARAS DE LA FRESNAY
AUTORISATION DE SOINS

NOM DU PROPRIÉTAIRE

ADRESSE

N° DE TÉLÉPHONE

NOM DU CHEVAL

NOMS DES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'INCIDENTS

-1-

-2-

-3-

EN CAS DE MALADIES OU D'ACCIDENT SURVENANT À MON CHEVAL
**J'AUTORISE LE HARAS DE LA FRESNAY À FAIRE APPEL
AUX SERVICES DE MON VÉTÉRINAIRE .**

DOCTEUR

ADRESSE

N° DE TÉLÉPHONE

**EN CAS D'ABSENCE DE CE DERNIER, J'AUTORISE LE HARAS DE LA FRESNAY
À FAIRE APPEL AUX SERVICES DE SON VÉTÉRINAIRE HABITUEL : Dr De CANTER , Dr COHEN
(Cabinet du DONJON.)**

IL EST DEMANDE DE LAISSER À DISPOSITION DU HARAS DE LA FRESNAY
LES PAPIERS DU CHEVAL OU LA PHOTOCOPIE DE CES PAPIERS, À JOUR DES VACCINS,
EN CAS DE CONTRÔLE VÉTÉRINAIRE.

LE CHEVAL SERA FERRÉ SUR DEMANDE DU PROPRIÉTAIRE PAR MR

FAIT À HOUDAN

LE PROPRIÉTAIRE

LE HARAS DE LA FRESNAY