

	<b>Animal à nez retroussé</b> <b>Syndrome Brachycéphale</b>	G/STN-F036 (FR)
	<b>Certification</b> <b>Pour le transport en soute</b>	Revision: 1 Date: 29-01-2020

Ce formulaire doit être complété par le vétérinaire entre 30 jours et 3 jours avant le vol.

<b>Nom du passager/propriétaire:</b>		
<b>Nom du chien/chat:</b>		<b>N° de passeport:</b>
<b>Race de chien:</b>		
<input type="checkbox"/> Affenpinscher	<input type="checkbox"/> Boston Terrier	<input type="checkbox"/> Boxer (toutes races)
<input type="checkbox"/> Griffon bruxellois	<input type="checkbox"/> Bouledogue (toutes races)	<input type="checkbox"/> Epagneul King Charles
<input type="checkbox"/> Chow Chow	<input type="checkbox"/> Dogue de Bordeaux	<input type="checkbox"/> Epagneul anglaise
<input type="checkbox"/> Epagneul japonais	<input type="checkbox"/> Lhasa Apso	<input type="checkbox"/> Mastiff (toutes races)
<input type="checkbox"/> Pekinois	<input type="checkbox"/> Carlin (toutes races)	<input type="checkbox"/> Shar-Pei
<input type="checkbox"/> Shih Tzu	<input type="checkbox"/> Staffordshire (Bull) Terrier	<input type="checkbox"/> Epagneul tibétain
<b>Race de chat:</b>		
<input type="checkbox"/> British shorthair	<input type="checkbox"/> Birman	<input type="checkbox"/> Exotic shorthair
<input type="checkbox"/> Himalayen	<input type="checkbox"/> Persan	<input type="checkbox"/> Scottish Fold
<b>Date de voyage:</b>	<b>Destination:</b>	<b>N° de vol:</b>

J'ai inspecté et examiné les conditions de l'animal susmentionné et je déclare que le transport aérien est:  
**autorisé - refusé** ( biffer la mention inutile).

- Le sujet est à jour concernant le vaccin antirabique
- Le sujet n'a pas subi de chirurgie du nez/ des amygdales/ du palais mou à moins de 4 semaines avant la date de voyage
- Le sujet ne montre aucun signe de fièvre ou de stress excessif
- Le sujet ne souffre pas de syndrome brachycéphale respiratoire

Vétérinaire

Cachet:

Nom: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: