



## FICHE D'INSCRIPTION COMPLEMENTAIRE CAVALIER PROPRIETAIRE

### EQUIDE

Nom Equidé	Suivi des soins par le CEB ?				Remarques
	Vermifuge	Vaccin	Ferrure	Dentiste	
	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	
	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	

*En cas de suivi par le CEB, fournir les dates des dernières interventions si non mentionnées dans le carnet de santé du Cheval.*

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si différent propriétaire)

NOM Prénom : .....

Tél.(fixe) : ..... Tél.(mobile) : .....

### VETERINAIRE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

Tél.(fixe) : ..... Tél.(mobile) : .....

### MARECHAL FERRANT

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

Tél.(fixe) : ..... Tél.(mobile) : .....

### DENTISTE

NOM Prénom : .....

Adresse : .....

Tél.(fixe) : ..... Tél.(mobile) : .....

### OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....