



CERTIFICAT DE BONNE SANTE FOAL



Je soussigné(e), Guioir Naue vétérinaire à Clinique équine de Termes
déclare avoir examiné le poulain ci-dessous et rempli le présent certificat.

N° ET NOM DU POULAIN : **17 - QUALIF DU PRIEURE**

☐ FEMELLE

☒ MALE

Né(e) le : 14 / 03 / 2026

N° DE TRANSPONDEUR : 250259600717157

EXAMEN CLINIQUE :

Etat général :	☒ Bon	☐ Moyen	☐ Mauvais
Testicules :	☒ Palpables	☐ Non palpables	
Ombilic :	☒ Normal	☐ Suspect	☐ Anormal
Jugulaires :	☒ Souples	☐ Rigides	
Affrontement des mâchoires :	☒ Normal	☐ Anormal	
Cœur :	☒ Normal	☐ Anormal	
Poumons :	☒ Normaux	☐ Anormaux	
Cornée :	☒ Normale	☐ Anormale	
Fond d'œil :	☐ Normal	☐ Anormal	<u>Non réalisé</u>

Commentaires : _____

PEAU ET PHANERES :

Signes de démangeaisons :	☒ Non	☐ Oui	_____
Sarcoïdes :	☒ Non	☐ Oui	_____
Crins et queue courte :	☒ Non	☐ Oui	_____
Cicatrices cutanées :	☒ Non	☐ Oui	_____

Commentaires : _____

FENCES

CERTIFICAT DE BONNE SANTE FOAL



APLOMBS :

☒ Normaux

☐ Panard

☐ Cagneux

Commentaires : _____

EXAMEN LOCOMOTEUR :

Marche au pas :

☒ Normale

☐ Anormale

Marche au trot :

☒ Normale

☐ Anormale

Commentaires : _____

GLOBAL :

Le poulain présente des signes de maladie :

☒ Non

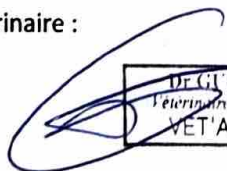
☐ Oui

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

Fait à : GRANDPRE

Le : 02/10/26

Tampon + Signature du vétérinaire :


Dr GUIOY Marie
Vétérinaire n° Ordre 34736
VET'ARGONNE