



## PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE VÉTÉRINAIRE

Nom de l'animal

Numéro de Puce ..... Numéro adhérent .....

Les soins ont été donnés en raison :

- d'une maladie     d'une vaccination  
 d'un accident     d'une stérilisation

### S'il s'agit d'une maladie

Date de début de maladie

Nature de la maladie .....

.....

.....

Nature des soins .....

.....

.....

### S'il s'agit d'un accident

Date de l'accident

Nature des blessures .....

.....

.....

Nature des soins .....

.....

.....

Une intervention chirurgicale a-t-elle été effectuée :  Oui  Non

Merci de détailler le montant de chaque acte :

Date	Désignation des soins	Désignation des médicaments délivrés*	Qté	Montant
	Consultation			
	Montant du vaccin <b>uniquement</b>			
			<b>Total</b>	

\*Les aliments quels qu'ils soient même médicamenteux (prescrire des médicaments), les produits anti-parasitaires, les lotions et shampoings, ne donnent pas lieu à remboursement et ne doivent pas être reportés dans le tableau ci-dessus.

Cachet du vétérinaire (indispensable)

Date et signature du vétérinaire

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Vétérinaire référent

Adressé par son vétérinaire référent ou autre

## PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN OU LE CHENIL

Cachet du pharmacien (indispensable)

Vignettes des médicaments

Cachet du chenil

### Médicaments prescrits par le vétérinaire et délivrés par le pharmacien

Désignation	Quantité	Montant
	<b>Total</b>	

Signature du pharmacien :

### Frais de chenil

en cas d'hospitalisation de l'adhérent (1)

Date d'entrée et de sortie du chenil	Montant des frais de pension

(1) Joindre un justificatif du séjour à l'hôpital ou à la clinique avec les dates d'entrée et de sortie.