



Union Cynophile Française Altdeutsche Schäferhunde

ATTESTATION

Je soussigné(e) _____, Docteur Vétérinaire

exerçant à _____

certifie :

- avoir vérifié personnellement le tatouage N° _____

ou le N° d'immatriculation électronique (puce) _____

du chien (nom): _____

de sexe ☐ M / ☐ F de race Altdeutscher Schäferhund né(e) le ____ / ____ / ____

numéro de pédigrée° _____

appartenant à M., Mme _____

- et avoir pratiqué la radiographie de dépistage de la dysplasie des hanches et coudes sur cet

animal le ____ / ____ / ____

☐ sous sédation _____ (préciser le protocole)

☐ sous anesthésie générale _____ (préciser le protocole)

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature et cachet :

NB : La circulaire impose de recourir à une sédation profonde ou à une anesthésie pour procéder au dépistage officiel de la dysplasie coxo-fémorale