

**DEMANDE DE LECTURE DES RADIOGRAPHIES DES HANCHES ET/OU DES  
COUDES (à joindre aux radiographies)  
(Partie remplie par les propriétaires du chien)**

**Je soussigné(e) :**

- Nom et prénom : .....
- Adresse complète : .....
- Téléphone : .....
- E-mail : .....

**demande la lecture par le Dr F. Legeard des radiographies :**

- de hanche et/ou de coude (*rayé la mention éventuellement inutile*)

**de mon chien :**

- Race : .....
- Nom du chien : .....
- Sexe et date de naissance : .....
- Numéro d'identification : .....
- Numéro de LOF : .....
- Producteur : .....
- Poids du chien: .....

J'accepte que ces résultats soient transmis au CFCTNL pour diffusion et utilisation en tant qu'information utile à la sélection.

A : ....., le / / .

Signature du propriétaire du chien

ATTESTATION VETERINAIRE <i>(partie remplie par le vétérinaire le jour de la réalisation des radiographies)</i>
Je, soussigné(e).....( <i>nom,prénom</i> ), Docteur Vétérinaire inscrit au Conseil de l'Ordre des Vétérinaires sous le numéro :....., Atteste avoir pratiqué : -la radiographie des hanches -la radiographie des coudes ( <i>rayé la mention éventuellement inutile</i> ) sur le chien : -Nom officiel du chien : .....
-Race : .....
-Numéro d'identification : .....
et vérifié moi-même l'identification de ce chien. Je certifie par ailleurs que la radiographie a été pratiquée sous anesthésie générale ou sédation profonde ( <i>rayé la mention inutile et noter le protocole</i> ) :.....
<b>Numéro de transfert sur le portail Vetsxl :.....</b> ( <i>si envoi informatisé</i> )
Fait à : ....., le ...../...../.....
Signature et cachet du vétérinaire :