

**ATTESTATION DE  
BONNE SANTE**  
**A remplir par le détenteur**

Je soussigné(e) Mme, Mr ..... en qualité de détenteur, certifie que le(s)  
équidé(s) suivant(s) : **Nom / N° sire et N° de transpondeur :**

- .....  
- .....  
- .....  
- .....

répond(ent) aux conditions suivantes :

- Il, (ils) ne présente(nt), depuis 11 jours et jusqu'à ce jour, aucun signe clinique de maladie (fièvre, écoulement nasal...)
- Il(s) ne provient (nent) pas, à ma connaissance, d'une exploitation faisant l'objet de mesures d'interdiction pour des motifs de police sanitaire ou n'ont pas été en contact avec les équidés d'une exploitation faisant l'objet d'une déclaration de maladie d'artérite virale équine ;
- Il(s) n'a (ont) pas été, à ma connaissance, en contact avec des équidés atteints de maladie ou infection contagieuse durant les 28 derniers jours ;

**NB :** Si vous ne pouvez pas attester des affirmations citées au-dessus, nous accepterons les chevaux seulement avec les résultats des prélèvements biologiques pour analyse de dépistage par séroneutralisation (cinétique) ou PCR. Seules de telles analyses certifiées pourraient exclure une infection par le virus de l'artérite virale le jour de prélèvement.

Il est de la responsabilité du détenteur de demander ou non l'exécution de ces prélèvements biologiques.

Fait à ....., le...../...../ 2024

Signature

**Attestation valable 7 jours**