



CENTRALE
CANINE

CERCLE DES AMATEURS DU BRAQUE DE WEIMAR

DEMANDE D'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

- DYSPLASIE COXO-FEMORALE (intégré dans la grille de sélection)
 COUDES (facultatif, non intégré dans la grille de sélection)

A remplir par le propriétaire du chien

Nom et affixe du chien :

Sexe :

Date de naissance :

LOF N° :

Identification :

Variété :

Nom et Prénom du propriétaire :

Adresse postale :

E-mail :

Téléphone :

Lecteur officiel demandé (cocher le choix)

professeur FAU

Docteur LEFOL

Radio (cocher la case)

Argentique (cliché) nombre de radiographies jointes :

Numérique N° indiqué sur le portail :

Envoi du résultat (cocher la case)

Par courrier postal, joindre une enveloppe affranchie avec vos coordonnées

Si retour du cliché l'enveloppe doit être de la taille de la radio et suffisamment affranchie.

Joindre obligatoirement une copie du certificat de naissance ou du pédigrée ainsi que l'attestation du vétérinaire.

Montant du chèque :

Date d'envoi de la demande :

Signature du propriétaire