

Tampon Vétérinaire

Nom et adresse de l'éleveur

**ATTESTATION DE DELIVRANCE DU VACCIN POUR PIGEONS**

Je soussignée

, docteur vétérinaire du cabinet de  
, certifie avoir fourni pour M

le vaccin ci après :

NOM DU VACCIN /

N° LOT

DATE DE PEREMPTION

FAIT A

LE