



**INTERNATIONAL HEALTH CERTIFICATE FOR DOGS AND CATS
CERTIFICAT SANITAIRE INTERNATIONAL POUR CHIENS ET CHATS**

COUNTRY OF ORIGIN / PAYS D'ORIGINE: CANADA

I. COUNTRY OF DESTINATION / PAYS DE DESTINATION: _____

II. OWNER / PROPRIÉTAIRE: Name / Nom _____

Address / Adresse: _____

III. DESCRIPTION OF ANIMAL / DESCRIPTION DE L'ANIMAL

Name / Nom : _____ Species / Espèce : Dog/ Chien Cat / Chat Sex / Sexe: _____

Date of birth / Date de naissance : _____ Breed / Race : _____
(yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj)

Color / Couleur: _____ Microchip No. / N° de la micropuce: _____

Coat type and markings/Distinguishing marks / Pelage et marques distinctives: _____

IV. VACCINATION (Rabies) / VACCINATION (Rage)

I, the undersigned licensed veterinarian, declare that the animal described above has been vaccinated against rabies as shown below:
Je, soussigné, vétérinaire licencié, affirme que l'animal décrit ci-dessus a été vacciné contre la rage conformément aux renseignements ci-après :

Date of vaccination / Date de la vaccination : _____ (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/dd)

Vaccination valid until / Vaccination valide jusqu'à: _____ (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/dd)

Name of vaccine / Nom du vaccin: _____

Type of vaccine / Type de vaccin: _____ Batch number/ Numéro de lot: _____

Manufacturer / Fabricant: _____

V. CLINICAL EXAMINATION / EXAMEN CLINIQUE

I, the undersigned licensed veterinarian, declare that the animal described above has been examined before departure on the date indicated below and found clinically healthy and free of external parasites. I believe this animal to be fit to travel.

Je, soussigné, vétérinaire licencié, affirme que l'animal décrit ci-dessus a été examiné avant son départ à la date indiquée ci-après et qu'il a été jugé cliniquement sain et exempt de parasites externes. Je considère que cet animal est apte à voyager.

Date of examination / Date de l'examen: _____ (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/dd)

VI. OTHER VACCINATIONS/TREATMENTS (if applicable) / AUTRES VACCINS/TRAITEMENT (le cas échéant)

I, the undersigned licensed veterinarian, declare that, the animal described above has been vaccinated and/or treated against the following diseases as shown below. / Je, soussigné, vétérinaire licencié affirme que l'animal décrit ci-dessus a été vacciné ou a reçu un traitement contre les maladies énumérées ci-après :

T or/ou V *	Disease Vaccinated for/ Reason for Treatment Maladie contre laquelle l'animal est vacciné ou traité	Date	Product Name and Dose (if applicable) Nom du produit et dose (le cas échéant)

* Indicate with a "T" for treatment and a "V" for vaccination/ "T" signifie traitement et "V" signifie vaccination

Date (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj)

Signature of Licensed Veterinarian / Signature du vétérinaire licencié

Name and address of licensed veterinarian / Nom et adresse du vétérinaire licencié:

Date (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj)

Signature of Official Veterinarian / Signature du vétérinaire officiel
Canadian Food Inspection Agency / Agence canadienne d'inspection des aliments
Government of Canada / Gouvernement du Canada

Official Export Stamp
Cachet officiel

Name of Official Veterinarian (in block letters) / Nom du vétérinaire officiel (en lettres moulées)