



**INTERNATIONAL HEALTH CERTIFICATE FOR DOGS AND CATS
CERTIFICAT SANITAIRE INTERNATIONAL POUR CHIENS ET CHATS
CERTIFICADO SANITARIO INTERNACIONAL PARA CANINOS Y FELINOS
COUNTRY OF ORIGIN / PAYS D'ORIGINE / PAÍS DE ORIGEN: CANADÁ**

I. COUNTRY OF DESTINATION / PAYS DE DESTINATION / PAÍS DE DESTINO : _____

II. OWNER / PROPRIÉTAIRE / PROPIETARIO : Name / Nom / Nombre _____

Address / Adresse / Dirección: _____

III. DESCRIPTION OF ANIMAL / DESCRIPTION DE L'ANIMAL / DESCRIPCIÓN DEL ANIMAL

Name / Nom / Nombre : _____ Species / Espèce / Especie : Dog/ Chien / Canino Cat / Chat / Felino Sex / Sexe / Género : _____

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

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

Coat type and markings/Distinguishing marks / Pelage et marques distinctives / Tipo y marcas del pelaje/Señas particulares : _____

IV. VACCINATION (Rabies) / VACCINATION (Rage) / VACUNACIÓN (Antirrábica)

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 :
El abajo firmante, veterinario debidamente autorizado, declara que el animal precitado ha sido vacunado contra la rabia en los términos siguientes :

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

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

Name of vaccine / Nom du vaccin / Nombre de la vacuna : _____

Type of vaccine / Type de vaccin / Type de la vacuna : _____ Batch number/ Numéro de lot / Número de lote: _____

Manufacturer / Fabricant / Fabricante: _____

V. CLINICAL EXAMINATION / EXAMEN CLINIQUE / EXAMEN CLÍNICO

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 cet animal d'être apte à voyager.

Él, abajo firmante, veterinario debidamente autorizado, declara que el animal precitado ha sido examinado antes de su salida a la fecha indicada más abajo y que fue encontrado clínicamente sano y libre de parásitos externos. Él abajo firmante considera al animal en cuestión apto para viajar.

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

VI. OTHER VACCINATIONS/TREATMENTS (if applicable) / AUTRES VACCINS/TRAITEMENT (le cas échéant) / OTRAS VACUNACIONES / TRATAMIENTOS (si procede)

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. / Él abajo firmante, veterinario debidamente autorizado, declara que el animal precitado ha sido vacunado y/o tratado contra las enfermedades indicadas a continuación.*

T or/ou/ o V *	Disease Vaccinated for/ Reason for Treatment <i>Maladie contre laquelle l'animal est vacciné ou traité Enfermedad de la que se ha vacunado/Razón del tratamiento</i>	Date/Fecha	Product Name and Dose (if applicable) <i>Nom du produit et dose (le cas échéant) Nombre y dosis del producto (si procede)</i>

* Indicate with a "T" for treatment and a "V" for vaccination/ "T" signifie traitement et "V" signifie vaccination/ Indique con una "T" para tratamiento y una "V" para vacunación

Date / Fecha (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd) Signature of Licensed Veterinarian / Signature du vétérinaire licencié / Firma del Veterinario Autorizado

Name and address of licensed veterinarian / Nom et adresse du vétérinaire licencié / Nombre y dirección del veterinario autorizado : _____

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

Signature of Official Veterinarian / Signature du vétérinaire officiel / Firma del Veterinario Oficial
Canadian Food Inspection Agency / Agence canadienne d'inspection des aliments / Agencia de Inspección Alimentaria de Canadá
Government of Canada / Gouvernement du Canada / Gobierno de Canadá

Official Export Stamp
Cachet officiel
Sello de exportación oficial

Name of Official Veterinarian (in block letters) / Nom du vétérinaire officiel (en lettres moulées)
Nombre del Veterinario Oficial (en letras de imprenta)