



**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: (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj) | Breed / Race | Color / Couleur: \_\_\_\_\_

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

Microchip No. / N° de la micropuce : \_\_\_\_\_

Location of microchip / Emplacement de la micropuce : \_\_\_\_\_

Date of microchip insertion / Date d'insertion des micropuces **OR / OU**  
Date of microchip scanning / Date de numérisation des micropuces\* : \_\_\_\_\_ (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj)  
*\*delete as appropriate / \*supprimer le cas échéant*

**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/jj)

Vaccination valid until / Vaccination valide jusqu'à | \_\_\_\_\_ (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj)

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/jj)

**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 <i>Maladie contre laquelle l'animal est vacciné ou traité</i>	Date	Product Name and Dose (if applicable) <i>Nom du produit et dose (le cas échéant)</i>

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

**VII. RABIES NEUTRALISING ANTIBODY TITRE TEST (RNATT) (if applicable) / TEST DE TITRE D' ANTICORPS NEUTRALISANT LA RAGE (RNATT) (le cas échéant)**

I, the undersigned licensed veterinarian, declare that a blood sample was taken from the animal described above following microchip identification/scanning, and has a titre reading equal to or greater than 0.5 IU/mL as shown below:  
*Je, soussigné(e), vétérinaire licencié(e) affirme qu'un échantillon de sang a été prélevé sur l'animal décrit ci-dessus après l'identification et la numérisation des micropuces et qu'il a une lecture de titre égale ou supérieure à 0.5 UI/mL, comme il est indiqué ci-dessous :*

Rabies Neutralising Antibody Titre Test (RNATT) / Test de titre d'anticorps neutralisant la rage (RNATT)

Animal Identification (i.e. microchip) / <i>Identification des animaux (c.-à-d. micropuce)</i>	Blood sample collection date (dd/mm/yyyy) / <i>Date de collecte de l'échantillon de sang (jj/mm/aaaa)</i>	Name & address of testing laboratory / <i>Nom et adresse du laboratoire d'essai</i>	Test results (IU/ml) / <i>Résultats des tests (UI/ml)</i>	Comments / <i>Commentaires</i>

**NOTE:** The RNATT must be performed after vaccination to check for protective antibodies against rabies. The waiting period between rabies vaccination and blood sample collection for the RNATT and the validity period will vary depending on the country of destination. The importer/owner is responsible to confirm the import requirements, including the specific RNATT requirements, if applicable. If additional dates are pertinent, i.e., date blood sample arrived at testing laboratory, this information can be entered in the comment section of the table.

**REMARQUE :** Le RNATT doit être effectué après la vaccination pour vérifier la protection des anticorps contre la rage. La période d'attente entre la vaccination contre la rage et la collecte d'échantillons de sang pour le RNATT et la période de validité variera selon le pays de destination.

L'importateur ou le propriétaire est responsable de confirmer les exigences en matière d'importation, y compris les exigences spécifiques du RNATT, le cas échéant. Si des dates supplémentaires sont pertinentes, c'est-à-dire la date à laquelle l'échantillon de sang est arrivé au laboratoire d'essai, cette information peut être saisie dans la section Commentaires du tableau.

\_\_\_\_\_  
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)