DECHARGE DE RESPONSABILITE SOINS AUX CHEVAUX

M………………………………………………………., propriétaire ou gardien du cheval …………………………………………. N°SIRE : ……………………………………………………., actuellement en pension au Haras de la Gire

**AUTORISE** Mr KLEIN et son équipe, salariés du Haras de la Gire, à pratiquer les soins de première urgence sur mon équidé en cas de besoin et je le décharge de toute responsabilité en cas d’accident provoqué par ces soins dès lors qu’ils auront été prodigués selon les usages.

En cas de besoin lors de l’apparition de tout problème de santé de l’équidé, j’autorise le Haras de la Gire, s’il n’arrive pas à me joindre, à faire appel au vétérinaire…………………………………………………..en priorité ou à tout autre vétérinaire disponible, et ce , à ma charge.

Je déclare que mon équidé est assuré en

* Mortalité
* Mortalité-Invalidité

Chez le cabinet d’assurance…………………………………………………….. avec la formule…………………………………. pour la somme de ……………………..euros.

En cas de besoin, je souhaite qu’il soit :

* Hospitalisé en clinique
* Opéré en clinique

Fait à Lévis St Nom

Le…………………………………….

Signature

Pièce jointe : l’ attestation d’assurance.