

**ASSOCIATION PROTECTRICE DES ANIMAUX**  
**DU ( département)**

reconnue d'utilité publique par décret du 26 juin 1968

Le (date)

Je soussigné(e) Dr (Prénom – Nom) vétérinaire salarié(e) à l'A.P.A., certifie que le chien (descriptif) identifié sous le numéro (numéro d'identification électronique ou tatouage) a été stérilisé le (date) par moi-même.

Dr vétérinaire (Prénom – Nom)

Signature + tampon (éventuellement)

Siège social : (adresse)  
refuge : (adresse + téléphone + fax + e-mail)