



DECLARATION OF ALTERNATIVE TREATMENT

Event: Date:

I declare that I will use the following alternative modalities of therapy for:

Horse's name: Passport no.:

Person responsible: Nationality:

Competition no.: Stable no.:

Modality of therapy to be used (tick where applicable):

- Laser
- Acupuncture *
- Magnetic Blanket
- Massage*
- Chiropractic
- Other (please specify)

***no prohibited substances to be used**

.....
.....
.....
.....

Reason for administering treatment (be specific for each treatment):

.....
.....
.....
.....
.....

Person administering alternative treatment**

Name (Print):

Date:

Signature:

Person responsible/Treating Veterinarian

Name (Print):

Date:

Signature:

DC Veterinarian

Name (Print):

Date:

Signature:

Persons administering alternative therapy **must be properly accredited (FEI VRs, Art. 1006.9)



DECLARATION DE TRAITEMENT ALTERNATIF

Concours: Date:

Je, soussigné, déclare que je vais pratiquer les modes de thérapie alternatives suivants sur:

Nom du cheval: No du passeport:

Personne responsable: Nationalité:

Numéro de l'épreuve: Numéro du box:

Mode de thérapie utilisé (cocher celui qui convient):

Laser

Acupuncture *

Couverture magnétique.....

Massage*

Chiropractie

Autres (veuillez spécifier)

.....
.....
.....
.....

***Aucun produit interdit ne doit être utilisé**

Raison pour l'administration de ce traitement (soyez spécifique pour chaque traitement):

.....
.....
.....
.....
.....

Nom (Majuscules):

Date:

Signature:

Nom (Majuscules):

Date:

Signature:

Nom (Majuscules):

Date:

Signature:

** Les personnes qui pratiquent ces thérapies alternatives doivent être dûment qualifiées (FEI VRs, Art. 1006.9)