



# AUTHORISATION OF EMERGENCY TREATMENT

## FOR COMPLETION BY TREATING VETERINARIAN

Event:..... Date:.....

Horse's name:..... Passport no.:.....

Person Responsible: ..... Nationality: .....

Competition no.:..... Stable no.:.....

Symptoms or condition requiring medication: .....

.....

.....

Medication (incl. dosage):.....

Active Ingredient (see label):.....

Route of administration:    topical                          oral                                            subcutaneous   

   intramuscular                          intravenous                          rectal                     

Date and time of administration:.....

Name of treating veterinarian: ..... Signature:.....

## FOR COMPLETION BY THE VETERINARIAN OF THE DISCIPLINARY COMMITTEE (DC)

After examination of the above horse, I hereby authorise the treatment and consider that to the best of my knowledge, the horse is:

**FIT**                          **UNFIT**                          for participation at this event.

Date and time of authorisation:.....

Name of authorising member (veterinarian)  
of the Disciplinary Committee (DC): .....

Signature: .....

The horse is:    competing                          withdrawn                          post competition   

## FOR COMPLETION BY THE CHAIRMAN OF THE DISCIPLINARY COMMITTEE (DC)

In accordance with FEI GRs Art. 146.3 and on the recommendation of the DC Veterinarian, the above horse having received emergency veterinary treatment as indicated above:

   **MAY** participate/continue to participate                          **MUST** be withdrawn

Date and time of signature: .....

Name of Chairman of the Disciplinary Committee (DC):.....

Signature: .....

**AUTORISATION POUR LES SOINS D'URGENCE****A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE TRAITANT**

Concours: ..... Date:.....

Nom du cheval: ..... No. du passeport:.....

Personne responsable: ..... Nationalité: .....

Numéro de l'épreuve: ..... Numéro du box: .....

Symptômes ou condition nécessitant un traitement médical: .....

.....

.....

Médication (y compris la dose):.....

Principes actifs (voir notice):.....

Voie d'administration: sur la peau  orale  sous-cutanée intramusculaire  intraveineuse  rectale 

Date et heure d'administration:.....

Nom du vétérinaire traitant: ..... Signature:.....

**A REMPLIR PAR LE VETERINAIRE DU COMITE DISCIPLINAIRE (CD)**

Après l'examen du cheval susmentionné, j'autorise le traitement et déclare en toute connaissance de cause que le cheval est:

**APTE**  **INAPTE**  à participer/à poursuivre ce concours

Date et heure de l'autorisation:.....

Nom du membre du Comité Disciplinaire (vétérinaire).....

Signature: .....

Le cheval: participe  retiré  a terminé la compétition **A REMPLIR PAR LE PRESIDENT DU COMITE DISCIPLINAIRE (CD)**

Conformément à Art. 146.3 du RG de l'FEI et sur autorisation du Vétérinaire du Comité Disciplinaire, ce cheval ayant subi un traitement vétérinaire d'urgence comme indiqué ci-dessus:

 **Peut participer/peut poursuivre ce concours**  **Doit être suspendu**

Date et heure de la signature: .....

Nom du Président du Comité Disciplinaire (CD): .....

Signature: .....