



**INTERNATIONAL HEALTH CERTIFICATE FOR DOGS AND CATS
CERTIFICAT SANITAIRE INTERNATIONAL POUR CHIENS ET CHATS
CERTIFICADO SANITARIO INTERNACIONAL PARA CANINOS Y FELINOS
COUNTRY OF ORIGIN / PAYS D'ORIGINE / PAÍS DE ORIGEN: CANADÁ**

I. COUNTRY OF DESTINATION / PAYS DE DESTINATION / PAÍS DE DESTINO: _____

II. OWNER / PROPRIÉTAIRE / PROPIETARIO:

Name / Nom / Nombre: _____

Address / Adresse / Dirección: _____

III. DESCRIPTION OF ANIMAL / DESCRIPTION DE L'ANIMAL / DESCRIPCIÓN DEL ANIMAL

Name / Nom / Nombre: _____ Species / Espèce / Especie: Dog / Chien / Canino Cat / Chat / Felino Sex / Sexe / Género: _____

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento: (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd) Breed / Race / Raza Color / Couleur / Color: _____

Coat type and markings/Distinguishing marks / Pelage et marques distinctives / Tipo y marcas del pelaje/Señas particulares: _____

Microchip No. / N° de la micropuce / Número del microchip: _____

Location of microchip / Emplacement de la micropuce / Ubicación del microchip: _____

Date of microchip insertion / Date d'insertion des micropuces / Fecha de inserción del microchip OR / OU / O
Date of microchip scanning / Date de numérisation des micropuces / Fecha de escaneo del microchip*:
*delete as appropriate / *supprimer le cas échéant / *eliminar según corresponda (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd)

IV. VACCINATION (Rabies) / VACCINATION (Rage) / VACUNACIÓN (Antirrábica)

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:
Yo, el abajo firmante, veterinario debidamente autorizado, declaro que el animal indicado mas arriba ha sido vacunado contra la rabia en los siguientes términos:

Date of vaccination / Date de la vaccination / Fecha de la vacunación: (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd)

Vaccination valid until / Vaccination valide jusqu'à / Vacunación válida hasta: (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd)

Name of vaccine / Nom du vaccin / Nombre de la vacuna: _____

Type of vaccine / Type de vaccin / Tipo de vacuna: _____ Batch number/ Numéro de lot / Número de lote: _____

Manufacturer / Fabricant / Fabricante: _____

V. CLINICAL EXAMINATION / EXAMEN CLINIQUE / EXAMEN CLÍNICO

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 cet animal d'être apte à voyager.
Yo, el abajo firmante, veterinario debidamente autorizado, declaro que el animal indicado mas arriba ha sido examinado antes de su salida en la fecha indicada más abajo y fue considerado clínicamente sano y libre de parásitos externos, por lo que considero al animal en cuestión apto para viajar.

Date of examination / Date de l'examen / Fecha del examen: (yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd)

VI. OTHER VACCINATIONS/TREATMENTS (if applicable) / AUTRES VACCINS/TRAITEMENT (le cas échéant) / OTRAS VACUNACIONES / TRATAMIENTOS (si procede)

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.
Yo, el abajo firmante, veterinario debidamente autorizado, declaro que el animal señalado anteriormente ha sido vacunado y/o tratado contra las enfermedades indicadas a continuación.

T or / ou / o V *	Disease Vaccinated for/Reason for Treatment Maladie contre laquelle l'animal est vacciné ou traité Enfermedad de la que se ha vacunado/Razón del tratamiento	Date/Fecha	Product Name and Dose (if applicable) Nom du produit et dose (le cas échéant) Nombre y dosis del producto (si procede)

* Indicate with a "T" for treatment and a "V" for vaccination / "T" signifie traitement et "V" signifie vaccination / Indique con una "T" para tratamiento y una "V" para vacunación

VII. RABIES NEUTRALISING ANTIBODY TITRE TEST (RNATT) (if applicable) / TEST DE TITRE D'ANTICORPS NEUTRALISANT LA RAGE (RNATT) (le cas échéant) / PRUEBA DE TÍTULO DE ANTICUERPOS NEUTRALIZANTES DE LA RABIA (RNATT) (si corresponde)

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 :

Yo, el abajo firmante veterinario debidamente autorizado, declaro que se tomó una muestra de sangre del animal descrito anteriormente después de la identificación/escaneo del microchip, y tiene una lectura de título igual o superior a 0.5 UI/ml como se muestra a continuación:

Rabies Neutralising Antibody Titre Test (RNATT) / Test de titre d'anticorps neutralisant la rage (RNATT) / Prueba de título de anticuerpos neutralizantes de la rabia (RNATT)

Animal Identification (i.e. microchip) / Identification des animaux (c.-à-d. micropuce) / Identificación animal (es decir, microchip)	Blood sample collection date (dd/mm/yyyy) / Date de collecte de l'échantillon de sang (jj/mm/aaaa) / Fecha de la toma de muestras de sangre (dd/mm/aaaa)	Name & address of testing laboratory / Nom et adresse du laboratoire d'essai / Nombre y dirección del laboratorio de pruebas	Test results (IU/ml) / Résultats des tests (UI/ml) / Resultados de las pruebas (UI/ml)	Comments / Commentaires / Comentarios

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.

NOTA: El ARNTT debe realizarse después de la vacunación para comprobar si hay anticuerpos protectores contra la rabia. El período de espera entre la vacunación contra la rabia y la toma de muestras de sangre para el RNATT y el período de validez variará dependiendo del país de destino. El importador/propietario es responsable de confirmar los requisitos de importación, incluidos los requisitos específicos de RNATT, si procede. Si fechas adicionales fueran necesarias, como por ejemplo la fecha en que la muestra de sangre llegó al laboratorio de análisis, esta información se puede introducir en la sección de comentarios de la tabla.

Date / Fecha
(yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd)

Signature of Licensed Veterinarian / Signature du vétérinaire licencié /
Firma del Veterinario Autorizado

Name and address of licensed veterinarian / Nom et adresse du vétérinaire licencié / Nombre y dirección del veterinario autorizado

Date / Fecha
(yyyy/mm/dd / aaaa/mm/jj / aaaa/mm/dd)

Signature of Official Veterinarian / Signature du vétérinaire officiel / Firma del Veterinario Oficial
Canadian Food Inspection Agency / Agence canadienne d'inspection des aliments /
Agencia de Inspección Alimentaria de Canadá
Government of Canada / Gouvernement du Canada / Gobierno de Canadá

Official Export Stamp
Cachet officiel
Sello oficial de exportación

Name of Official Veterinarian (in block letters) / Nom du vétérinaire officiel (en lettres moulées)
Nombre del Veterinario Oficial (en letras de imprenta)