



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HIPISMO

FORMULÁRIO C

AUTO DECLARAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS DE APOIO (Suporte articular, vitaminas, aminoácidos e homeopatia injetáveis)

Indicar a modalidade:

- Salto Adestramento CCE Volteio Enduro
 Rédeas Arelagem Paraequestre

Nome do Evento: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Preenchido pelo Veterinário Responsável pelo Tratamento

Nome do Cavallo: _____ Passaporte N° _____

Responsável: _____

Inscrição N° _____

Princípio Ativo	Nome Comercial	Dose	Via de Administração	Data e Hora	Data e Hora	Data e Hora	Data e Hora

Nome do Veterinário de Tratamento: _____

Assinatura: _____