Kommission
für Pferdeleistungsprüfungen
in Weser-Ems

Tierärztlicher Bericht zu der Veranstaltung (Pferdekontrollen)

gem. Beschluß der Landeskommission Weser-Ems sind mind. 10 Pferde/Ponys zu überprüfen!!

am: _____ **in:** _____

_____

(Name, Anschrift, Tel.-Nr.: d. Tierarztes)

_____

(Unterschrift des Tierarztes)

	Kopf-Nr.	Pferdename	Reiter / Fahrer	OB	MB	Equidenpaß JA	Equidenpaß NEIN	Impfung JA	Impfung NEIN
1				☐	☐	☐	☐	☐	☐
2				☐	☐	☐	☐	☐	☐
3				☐	☐	☐	☐	☐	☐
4				☐	☐	☐	☐	☐	☐
5				☐	☐	☐	☐	☐	☐
6				☐	☐	☐	☐	☐	☐
7				☐	☐	☐	☐	☐	☐
8				☐	☐	☐	☐	☐	☐
9				☐	☐	☐	☐	☐	☐
10				☐	☐	☐	☐	☐	☐
11				☐	☐	☐	☐	☐	☐
12				☐	☐	☐	☐	☐	☐
13				☐	☐	☐	☐	☐	☐
14				☐	☐	☐	☐	☐	☐
15				☐	☐	☐	☐	☐	☐
16				☐	☐	☐	☐	☐	☐
17				☐	☐	☐	☐	☐	☐
18				☐	☐	☐	☐	☐	☐