

ALASKAN MALAMUTE CLUB DE FRANCE  
DEMANDE D'ANNONCE POUR ETALON

Formulaire à adresser, avec le règlement correspondant, à :

Caroline CHAUVEAU  
AMCF  
383 CHEMIN DE LA GRENOILLERE  
02170 ESQUEHERIES

Ou demande et paiement en ligne sur : [www.helloasso.com/associations/alaskan-malamute-club-de-france](http://www.helloasso.com/associations/alaskan-malamute-club-de-france)

**PROPRIETAIRE**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Affixe de l'élevage : .....  
N° éleveur SCC : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Adresse mail : ..... Site Internet : .....

**ETALON** (dans le respect des directives l'élevage de l'AMCF)

NOM : ..... AFFIXE : .....  
Date de naissance : .....  
N° identification : ..... N° livres des origines : .....  
Nom du père : .....  
Nom de la mère : .....  
Cotation : 1 2 3 4 5 6 (entourer le chiffre) .....  
Titres de champion : .....  
Résultat dépistage de la dysplasie de la hanche : A B C D E (entourer la lettre) .....  
Résultat Dysplasie du coude pour les radiographies : ED0 SL ED1 ED2 ED3 (entourer la lettre).....  
Résultat dépistage maladies oculaires : indemne douteux suspect atteint .....  
Résultats Test génétique polyneuropathie : Non porteur - Porteur .....

**DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU FORMULAIRE**

- formulaire de demande d'annonce, signé,
  - photocopie du dernier résultat du dépistage des maladies oculaires, .....
  - pour le site : une photo
  - règlement du prix de l'annonce : 20 €.
- durée de vie de l'annonce :  
Site Internet : une année civile quelle que soit la date de demande de parution.  
Revue Malamute Passion : numéro suivant la date de demande de parution.

Je certifie ces renseignements sincères et véritables, et m'engage, dès à présent, à faire effectuer les examens de dépistage des maladies oculaires moins de deux ans avant chaque saillie. (Le résultat de l'examen est définitif pour les chiens de 7 ans révolus)

Cette annonce sera immédiatement supprimée sans possibilité de remboursement en cas de fausse déclaration avérée.

Date : .....

Signature :