



Société des Éleveurs de Chevaux Canadiens
Canadian Horse Breeders Association

DÉCLARATION DE NAISSANCE | BIRTH DECLARATION

Ce formulaire est aussi utilisé comme **demande de trousse d'enregistrement** pour un cheval adulte.

This form is also used as a **registering kit request** for an adult horse.

Nom du propriétaire / Name of the owner _____

Nom du père / name of the sire _____ # enr / Reg # _____

Inscrire le nom d'enregistrement / Enter the registration name

Nom de la mère / name of the dam _____ # enr / Reg # _____

Inscrire le nom d'enregistrement / Enter the registration name

Nom du poulain (ou cheval) / Name of the foal (or horse) _____

Ne doit pas dépasser 30 caractères (espaces compris) / Must not exceed 30 characters (spaces included)

DDN / DOB

jj / mm / aaaa

Sexe

Mâle (colt or stallion)

Femelle (female)

Hongre (gelding)

Commande de la TROUSSE D'ENREGISTREMENT / REGISTRATION KIT request

Comprend l'implant électronique, le test de preuve de parenté (ADN) et le formulaire pour la demande d'enregistrement.
Includes the microchip, proof of parentage test (DNA), and registration form.

Tarif membre
Member rate

Tarif non-membre
Non member rate

0 - 12 mois (1 an)

0 - 12 months (1 year-old)

100 \$ CAD

190 \$ CAD

13 - 36 mois (3 ans)

13 - 36 months (3 year-old)

170 \$ CAD

260 \$ CAD

37 mois et plus (3 ans et +)

37 months and more (3 year-old and more)

300 \$ CAD

390 \$ CAD

Applicateur réutilisable (pour insérer la puce électronique)

Reusable applicator (to insert the microchip)

9 \$ CAD

9 \$ CAD

Le propriétaire ou le locataire d'une jument qui a donné naissance à un poulain doit, dans les 90 jours suivant sa naissance, remplir et envoyer le présent formulaire pour recevoir sa trousse d'enregistrement. *The owner or tenant of a mare who has given birth to a foal must, within 90 days of his birth, complete and send this form in order to receive his registration kit.*

Paiement / Payment

Chèque Paypal Envoyez votre paiement à / send your payment to : paypal@lechevalcanadien.ca

Visa Mastercard Numéro de la carte : _____ Date d'expiration : ____/____

Nom sur la carte _____ Signature _____

Ce formulaire doit être envoyé / This form must be sent

Par la poste / by post : SCEA/CLRC, 2417 Holly Lane, Ottawa (ON) K1V 0M7 | Ou par courriel / or by email à clrc@clrc.ca