



AMERICAN CREME HORSE REGISTRY  
 Association Française du Cheval Crème  
 669 Chemin de Saint Martial, 82000 Montauban  
 Tél. 06.27.03.15.53

### Déclaration de naissance

**A retourner à l'association dans les 15 jours de la naissance.**

Si vous n'avez pas encore trouvé un nom envoyer le papier et communiquer le nom plus tard.

A remplir par la naisseur.

Doit être soit imprimé, soit rempli en majuscules en encre bleue.

|  |  |
|--|--|
| Section 1.   |  |
| Nom de la jument<br>Name of mare :                             |  |
| N° inscrit ACHR.<br>Numéro inscrit autre.<br>Registered number |  |
| Nom de l'étalon<br>Stallions name                              |  |
| A pouliné le : Born  |  |
| Produit de sexe :  | Mâle <input type="checkbox"/> Femelle/Female <input type="checkbox"/>  |
| Couleur :  | Ivoire/Ivory <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Smoky Cream <input type="checkbox"/>  |
|  | Palomino <input type="checkbox"/> Isabelle/Buckskin <input type="checkbox"/> Smoky Black <input type="checkbox"/>  |
| Jumeau de sexe :   | Mâle <input type="checkbox"/> Femelle/Female <input type="checkbox"/>  |
| Couleur :  | Ivoire/Ivory <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Smoky Cream <input type="checkbox"/>  |
|  | Palomino <input type="checkbox"/> Isabelle/Buckskin <input type="checkbox"/> Smoky Black <input type="checkbox"/>  |
| Poulain :  | vivant après 48hrs <input type="checkbox"/> Mort né <input type="checkbox"/> Mortalité à la naissance <input type="checkbox"/>                                   |
|  | jumeau <input type="checkbox"/> mortalité avant 48 hrs <input type="checkbox"/> Jument mort à la naissance <input type="checkbox"/>                              |
| Section 2  | Choix de trois noms. Maxi 21 lettres, espaces inclus. Pas de ponctuations ni numéros   |
| 1ère Nom   |  |
| 2ème Nom   |  |
| 3ème Nom   |  |
| Je soussigné (s)   | M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mle <input type="checkbox"/> Seul naisseur <input type="checkbox"/> Co-naisseur <input type="checkbox"/> |
| Naisseur :   | Nom      Adresse   |
| Co-naisseur :  | Nom      Adresse   |
| Certifié exacte :  | A      le  |
| Signature du naisseur (s)                                      |  |