**Association Française des Equipages de Vènerie Sous Terre**

**Secrétariat AFEVST BP 72102 52000 CHAUMONT**

**Email :** **afevst@gmail.com**

**DEMANDE DE CERTIFICAT DE VENERIE SOUS TERRE**

**Confirmation (validité 5 ans)**

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’édition du certificat précédent |  |

**Equipage**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom d’équipage  |  |
| *Devise* |  |
| *Historique* |  |
| *Tenue* |  |

**Maître d’équipage**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom  |  |
| Prénom |  |
| Adresse |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Téléphone |  |
| Email |  |
| N° permis de chasser |  |
| *Profession* |  |

**Maître(s) d’équipage adjoint(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom  |  | Nom  |  |
| Prénom |  | Prénom |  |
| N° permis  |  | N° permis  |  |

**Membres d’équipage**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Adresse du chenil principal**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Chiens (minimum trois chiens identifiés par tatouage ou puce électronique)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Race | N° tatouage ou puce |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Fait à** ………………………………….…. **le** ………………………. **Signature du demandeur :**

**Renvoyer avec la charte signée à**

**Secrétariat AFEVST**

**BP 72102**

**52000 CHAUMONT**

|  |
| --- |
| **Avis du délégué départemental** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date |  / / |
| Avis  |
| Signature délégué |  |