

PASSPORT (DOCUMENT OF DESCRIPTION)

LIVRET SIGNALÉTIQUE

NAME (Nom) **GOT MY BOOGIE ON (IRE)**

SIRE (Père) **BLUE POINT (IRE)**

DAM (Mère) **BEYCHELLA (USA)**

NUMERO SIRE
46451 505 H

SECTION I

IDENTIFICATION DETAILS PART A (Partie A - Données d'identification)

1(a) SPECIES (Espèce)

Horse (Cheval)

1(b) SEX (Sexe)

Filly

2(a) DATE OF BIRTH (Date de Naissance)

28th Feb 2022

2(b) COUNTRY OF BIRTH (Pays de Naissance)

Ireland

3(a) COLOUR (Couleur)

Brown

Dark Bay

11. ISSUING AUTHORITY (Autorité Émettrice)



WEATHERBYS

Sharon O Regan

SHARON O REGAN
Stud Book Registrar

DUPLICATE

NOT FIT FOR HUMAN CONSUMPTION

HEAD (TETE)	Whorl centre forehead above eye level. No white markings.
LF (AG) (3c)	No white markings
RF (AG) (3c)	No white markings
LH (PG) (3c)	No white markings
RH (PD) (3c)	No white markings
BODY/NECK (3c) (CORPS)	Bilateral mid crest whorls. Upper windpipe whorl. Bilateral pectoral and stifle fold whorls.
MARKINGS (3c)	n/a

Scan here for access
to ePassport



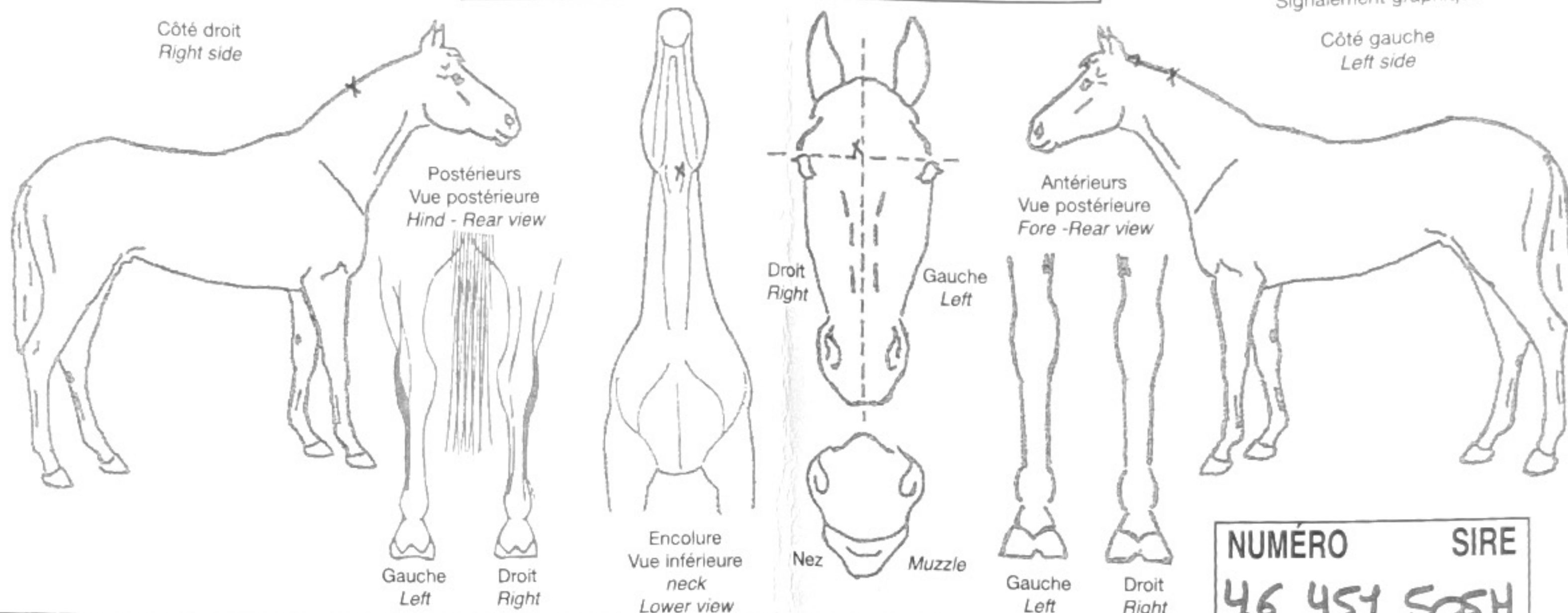
Outline diagram

N° TRANSPONDEUR : 372140045393366

Signalement graphique

Côté droit
Right side

Côté gauche
Left side



Nom du Produit - Name	Sexe - Sex	Robe - Colour	Date de naissance Date of birth	Père - Sire	Mère - Dam
Got my boogie on (PRE)	Femelle	Bai	28/02/2022	Blue Point (PRE)	Beychella (USF)

TÊTE
Head

Un epi légèrement à droite au dessus de la ligne supérieure des yeux

MEMBRES
Limbs

AG
LF
AD
RF
PG
LH
PD
RH

CORPS et
MARQUES
ACQUISES
BODY and
ACQUIRED

Epi sous gorge
Epi sous crinière à mi encolure à droite et à gauche vers le haut

CASTRATION

Signature et cachet du Docteur Vétérinaire
Signature and stamp of veterinary surgeon

à le

Signature et cachet du Docteur Vétérinaire
Signature and stamp of veterinary surgeon

DR Flore CAMPION
Maisons-Laffitte, France
N° ordre 24348
07/05/25 +33 6 88 87 57 81

Signalement validé
Description registered

Boulogne, le

FRANCE GALOP

DR THERY
ALBERT

03 MAI 2025

Date/ Date	Place/ Lieu	Country/ Pays	Vaccine/ Vaccin			Practice Stamp, name (in capitals) and signature of veterinarian/ Nom en capitales et signature du vétérinaire
			Name/ Nom	Batch Number/ Numéro du lot	Disease(s)/ Maladie(s)	
1. Initial Vaccination/ Première vaccination						
30/5/23	Tana	Ire	ProteQFlu-Te Lot: E82203 Exp: 18/04-2024		Flu + Fe	Miguel Rodrigues DVM Lisadell Equine Hospital Navan, Co. Meath. Tel: 015-9059031 <i>Miguel Rodrigues</i>
2. Between 21 - 60 days later/ Entre 21 - 60 jours						
25/7/23	Tana	Ire	ProteQFlu-Te Lot: E82203 Exp: 18/04-2024		Flu + Fe	Miguel Rodrigues DVM Lisadell Equine Hospital Navan, Co. Meath. Tel: 015-9059031 <i>Miguel Rodrigues</i>
3. Between 120 - 180 days later/ Entre 120 - 180 jours						
23 Dec-23	Thurais	Ire	Equilis® Prequenza Te Lot: A311A02 Exp: 03-2025		F + T	Anthony Ryan MVB Rathclogheen Golden Co. Tipperary <i>Anthony Ryan</i>

If the primary vaccination sequence needs to be restarted, please mark the entries in the annual vaccinations section overleaf, using 1, 2, and 3 as above.
Si la séquence des vaccins primaires doit être recommencée, les vaccinations doivent être inscrites en section vaccins annuels, marquées 1, 2 et 3 comme ci-dessus.

Altered vaccination details and dates are not acceptable.
Les dates et vaccinations ne peuvent pas être modifiées.
If the primary vaccination sequence needs to be restarted, please mark the entries in the annual vaccinations section below, using 1, 2 and 3 as overleaf.
Si la séquence des vaccins primaires doit être recommencée, les vaccinations doivent être inscrites en section vaccins annuels, marquées 1, 2 et 3 comme ci-dessus.

**Equine influenza only or equine influenza using combined vaccines/
Grippe équine seulement ou Grippe équine dans des vaccins combinés**

Vaccination record: Details of every vaccination which the equine animal has undergone must be entered clearly and in detail, and completed with the name and signature of veterinarian.
Enregistrement des vaccinations: Toute vaccination subie par l'équidé doit être mentionnée dans le tableau ci-dessous de façon lisible et précise; cette mention doit être suivie du nom et de la signature du vétérinaire. Les dates et vaccinations ne peuvent pas être modifiées.

Date/ Date	Place/ Lieu	Country/ Pays	Vaccine/ Vaccin			Practice Stamp, name (in capitals) and signature of veterinarian/ Nom en capitales et signature du vétérinaire
			Name/ Nom	Batch Number/ Numéro du lot	Disease(s)/ Maladie(s)	
06 Feb-24	Thurais	Ire	Equilis® Prequenza Te Lot: A311A02 Exp: 03-2025		F + T	Anthony Ryan MVB Rathclogheen Golden Co. Tipperary <i>Anthony Ryan</i>
06 May-24	Thurais	Ire	Equilis® Prequenza Te Lot: A311A02 Exp: 03-2025		F + T	Anthony Ryan MVB Rathclogheen Golden Co. Tipperary <i>Anthony Ryan</i>
21 Dec-24	Thurais	Ire	Equilis® Prequenza Te Lot: A314A01 Exp: 06-2025		F + T	Anthony Ryan MVB Rathclogheen Golden Co. Tipperary <i>Anthony Ryan</i>
01 Feb-25	Thurais	Ire	Equilis® Prequenza Te Lot: A314A01 Exp: 06-2025		F + T	Anthony Ryan MVB Rathclogheen Golden Co. Tipperary <i>Anthony Ryan</i>

Date	Lieu	Pays	Name/ Nom	Batch Number/ Numéro du lot	Disease(s)/ Maladie(s)	Nom en capitales et signature du vétérinaire
22/07/25	Maisons Laffitte	Fr	 ProteqFlu Lot: 685879 Exp.: 29/10-2027	6	 Dr Jean-Baptiste PAVARD Ordre 41433 Chantilly France	