

CLEAR SKY WONDERBOY von der Sommerau - K2



Geboren: 18.08.2009
 Stockmass: 83 cm
 Farbe, Abz.: braun-schimmel
 Züchter: F. und C. Schafroth, Trüllikon

S.986	20.05.1987	S.883	3282
BREVET van Spruitesdom	braun-schimmel	Vorden BUDDLEIA	HUGO of LONGACRE
		fuchs 82 cm	11652 Park View BETTY BOO
		S.79317	S.660 KIM de Bibiana
		PLAISIR van Spuitjesdom	S.22937 Boltwood FAIRY RING
528009980128247	12.06.1998	S.809059	3021
NADONA van't Wiel	rappe	Plumtree THOMAS	VORDEN DARK MULBERRY
		rappe	11051 Newton TOPIC
		S.105551	3852
		FIRST LADY van de Kraal	ORGYLL of Mousa
rappe	85 cm	rappe	14335 Clivocast NEMESIS

SVPK-Körprotokoll

Original für Zuchtbuch

Kopie für Besitzer (blau)

Scheu: Kein Datum: 12.2.2012 Katalog-Nr. 204

Rasse:	Zuchtbuchnummer:	Name des Pferdes:	Sex:	Geburtsdatum:
<u>SH</u>	<u>SH-44/09</u>	<u>CLEAR SKY WONDERBOY</u> <u>v.d. Sommerau</u>	<u>H</u>	<u>18.08.2009</u>

Farbe: rot Stecknass in cm: 83 c

Augen/Zähne: l.o.

Pony/ Pferde mit jeglicher Einzelbewertung 1 oder einer 2 im Rassetyp dürfen nicht zur Zucht empfohlen werden. Sie bleiben mit dem Ergebnis "Nicht gekört" in der Kategorie K2.

	1	2	3	4																										
Rassetyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total	x 10																								
Körperbau	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">Kopf</td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hals</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Schulter</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Obere Linie</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kruppe</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Körper</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Kopf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obere Linie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kruppe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körper	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 1	<u>19</u>
Kopf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Hals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Schulter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Obere Linie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Kruppe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Körper	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Vorderbein	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">Ober-/Unterarm</td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Röhrein</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fessel:</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stellung seitlich</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stellung von vorn</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Ober-/Unterarm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röhrein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fessel:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellung seitlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellung von vorn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 1	<u>20</u>				
Ober-/Unterarm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Röhrein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Fessel:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Stellung seitlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Stellung von vorn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Hinterbein	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">Ober-/Unterschenkel</td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Röhrein</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fessel:</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stellung seitlich</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stellung von hinten</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Ober-/Unterschenkel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röhrein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fessel:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellung seitlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stellung von hinten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 1	<u>20</u>				
Ober-/Unterschenkel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Röhrein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Fessel:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Stellung seitlich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Stellung von hinten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Bewegung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">Schritt von der Seite</td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Schritt von vorne</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Schritt von hinten</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trab von der Seite</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trab von vorne</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trab von hinten</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Schritt von der Seite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schritt von vorne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schritt von hinten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trab von der Seite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trab von vorne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trab von hinten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 2	<u>42</u>
Schritt von der Seite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Schritt von vorne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Schritt von hinten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Trab von der Seite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Trab von vorne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Trab von hinten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Gesamtbeurteilung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">Geschlechts/typ</td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Gesamteindruck</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>				Geschlechts/typ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesamteindruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x 1	<u>16</u>																
Geschlechts/typ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Gesamteindruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
					<u>135</u>	= Total aller Summen																								

Legende: 1 = ungenügend (Begründung notwendig) 2 = genügend 3 = gut 4 = vorzüglich

Bemerkungen:

Gekört Zurück gestellt Nicht gekört

Ort/Datum: 12.2.2012 ON-S-Bal.
Handwritten Signature

Unterschrift Richter/in: