

CLINIQUE DE STÉRILISATION CIBLÉE PONCTUELLE
sous la supervision de Dre Véronique Perreault m.v. et Dre Mélanie St-Cyr m.v.

FÉVRIER 2019

1- Vos coordonnées

Prénom : _____ Nom : _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville : Trois-Rivières Shawinigan Saint-Boniface Saint-Édouard-de-Maskinongé
 Saint-Étienne-des-Grès Yamachiche Louiseville Saint-Mathieu-du-Parc Saint-Ursule
Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____
Courriel : _____ Pièce d'identité : _____

2- Nombre d'animaux sous votre responsabilité

Chat(s) : Stérilisé(s) _____ / Non stérilisé(s) _____
 Chien(s) : Stérilisé(s) _____ / Non stérilisé(s) _____
 Autres : _____ De quelles espèces : _____

3- Qualification d'un individu, êtes-vous prestataire de :

(Vous devez obligatoirement fournir une preuve)

Programme d'aide sociale Crédit d'impôt solidarité Prêts et bourses
 Supplément de revenu Utilise banque alimentaire Assurance-emploi
 Assurance-invalidité Autres : _____

4- Qualification de l'animal

Type d'animal :

Votre animal Colonie, ferme, écurie Autre : _____

Situation de l'animal :

Portées multiples Portée avec mère fertile Chatte gestante
 Perte de contrôle Autre : _____

5- Type de ménage

Parent seul avec enfant(s), nombre d'enfant(s) : _____
 Deux parents avec enfant(s), nombre d'enfant(s) : _____
 Personne seule (non retraitée) Personne seule (handicapée)
 Retraité Étudiant
 Autre (précisez) : _____

Pour quelles raisons pensez-vous avoir besoin de ce service ? _____

6- Informations sur les animaux à faire stériliser lors de la clinique de stérilisation ciblée ponctuelle

Animal 1	Animal 2	Animal 3
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
<input checked="" type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Autre	<input checked="" type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Autre	<input checked="" type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
<input type="checkbox"/> Stérilisé(e) <input checked="" type="checkbox"/> Non stérilisé(e)	<input type="checkbox"/> Stérilisé(e) <input checked="" type="checkbox"/> Non stérilisé(e)	<input type="checkbox"/> Stérilisé(e) <input checked="" type="checkbox"/> Non stérilisé(e)
Race : _____	Race : _____	Race : _____
Couleur : _____	Couleur : _____	Couleur : _____
Âge : _____	Âge : _____	Âge : _____

Préférence de succursale pour le rendez-vous : Trois-Rivières Shawinigan**7- OPTION micropuce**

Implantation d'une micropuce lors de la chirurgie. Prévoir un coût de 25\$ supplémentaire. La micropuce est un moyen d'identification complémentaire à la licence obligatoire prévue au règlement municipaux des villes et municipalités desservies par la SPA Mauricie.

Veuillez noter que votre animal doit être en bonne santé, exempt de maladies contagieuses (pas de diarrhée, vomissement, toux, problème cutané, écoulement nasal ou oculaire). De plus, les vaccins doivent être à jour (la SPA Mauricie se décharge de toute responsabilité quant à la propagation d'une maladie contractée dans ses locaux).

J'atteste que tous les renseignements fournis dans ce présent document sont véridiques et je me qualifie donc aux critères prévus par la SPA Mauricie pour l'utilisation de ce service.

Signature du demandeur : _____ Date : _____

Retournez le formulaire signé par courriel à clinique@spamauricie.com.
Seul les candidatures retenues seront contactées pour une prise de rendez-vous.

RÉSERVÉ À LA SPA MAURICIEDossier client : _____ Candidature acceptée : Oui Non

Raison du refus : _____ Initiales employé(e) SPA Mauricie : _____