

CLINIQUE DE STÉRILISATION CIBLÉE PONCTUELLE

sous la supervision de Dre Véronique Perreault m.v.

FÉVRIER – MARS 2018

1- Vos coordonnées

Prénom : _____ Nom : _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville : Trois-Rivières Shawinigan Saint-Boniface Saint-Édouard-de-Maskinongé
Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____
Courriel : _____

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 vétérinaire de stérilisation ponctuelle

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

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.

***La SPA Mauricie se réserve le droit de limiter le nombre d'animaux (2) à stériliser par famille.**

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 info@spamauricie.com.

Seul les candidatures retenues seront contactées pour une prise de rendez-vous.

RÉSERVÉ À LA SPA MAURICIE

Dossier client : _____ Candidature acceptée : Oui Non

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