

CLINIQUE DE STÉRILISATION CIBLÉE PONCTUELLE

sous la supervision de Dre Véronique Perreault m.v. et Dre Mélanie St-Cyr m.v.

1- Vos coordonnées

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____

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 MAURICIE

Dossier client : _____ Candidature acceptée : Oui Non

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