

PROPRIÉTAIRE					
Nom		Prénom		Date :	
Adresse				Apt #	
Ville		Prov.		Code Postal	
Téléphone			Autre(s) Téléphone(s)		
Copropriétaire Nom		Copropriétaire Prénom		Copropriétaire Téléphone	
Courriel					
Comment avez-vous entendu parler de nous ?					
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Facebook/site Web		<input type="checkbox"/> Enseigne Clinique/Région	
<input type="checkbox"/> Référence personnelle		Qui vous a référé ?			
ANIMAL					
Nom			Date de naissance :		
Espèces					
<input type="checkbox"/> Chat		<input type="checkbox"/> Chien		<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	
Race			<input type="checkbox"/> Reste à l'intérieur		<input type="checkbox"/> Va à l'extérieur
Couleur					
Sexe		Âge au moment de la stérilisation :			
<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Femelle		<input type="checkbox"/> Stérilisé(e)	
Micro-puce		Si oui, Marque :		#Puce :	
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui			
VACCINATIONS					
Veuillez vérifier les vaccins qui ont été effectuée et écrire les dates de vaccinations correspondantes					
CHIENS					
<input type="checkbox"/> Vaccins de base :		<input type="checkbox"/> Leptospirose :			
<input type="checkbox"/> Bordetella :		<input type="checkbox"/> Rage :		#médaille/ date :	
Est-ce que votre chien été traité pour la dirofilariose du chien?					
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui Date :			
CHATS					
<input type="checkbox"/> Vaccins de base :		<input type="checkbox"/> Vaccin pour la leucémie féline :			
<input type="checkbox"/> Rage :		<input type="checkbox"/> Chlamydiose :			
<input type="checkbox"/> #médaille/date :					
Est-ce que votre chat a eu déjà des tests sanguins pour la leucose féline (FeLV) et le sida félin ?					
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui Date :			
Est-ce que votre animal prend actuellement un médicament (s) ?					
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez les énumérer :			
Veuillez écrire toutes des allergies connues (médicaments, aliments, puces, etc.)					
Quelle est l'alimentation régulière de votre animal et l'alimentation ponctuelle (incluant les friandises)?					
Date et Marque du dernier traitement aux puces?			Date du dernier échantillon et examen fécal/ selles :		

SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE OU AGENT DÛMENT AUTORISÉ PAR LE/LA PROPRIÉTAIRE

Par la présente, je certifie que je suis le propriétaire ou l'agent dûment autorisé par le/la propriétaire de l'animal et j'autorise le traitement de l'animal nommé ci-dessus et comprends que le paiement associé est dû au moment du service rendu et/ou de la décharge de l'animal.

Signature _____ Date _____