



Société
protectrice
des animaux
DE L'ESTRIE

Cet événement est rendu possible
Grâce à la contribution de

PETSMART
Charities
of Canada

CLINIQUE DE STÉRILISATION CIBLÉE PONCTUELLE

Formulaire de demande

1. VOS COORDONNÉES

Prénom : _____ Nom : _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville : _____ Code postal : _____
N° de tél. (rés.) : _____ N° de tél. (cell.) : _____
Courriel : _____

2. NOMBRE D'ANIMAUX SOUS VOTRE RESPONSABILITÉ

Chat(s) : stérilisé(s) _____ / non stérilisé(s) : _____ Total : _____
Chien(s) : stérilisé(s) _____ / non stérilisé(s) : _____ Total : _____
Autres : _____ Espèces : _____

3. SITUATION DU OU DES CHATS À STÉRILISER

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

4. VOTRE SITUATION JUSTIFIANT VOTRE DEMANDE

Êtes-vous prestataire de :

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

Quel est votre type de ménage?

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

Pourquoi pensez-vous avoir besoin de ce service?

5. DESCRIPTION DU OU DES CHATS À STÉRILISER

Chat 1	Chat 2	Chat 3
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle
Race : _____	Race : _____	Race : _____
Couleur : _____	Couleur : _____	Couleur : _____
Âge : _____	Âge : _____	Âge : _____
<input type="checkbox"/> Chat d'intérieur <input type="checkbox"/> Va à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Chat d'intérieur <input type="checkbox"/> Va à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Chat d'intérieur <input type="checkbox"/> Va à l'extérieur

6. DÉCLARATION DU CLIENT (au mieux de mes connaissances)

- Ce ou ces chats sont âgés d'au moins 6 mois.
- Il(s) ne présente(nt) aucun problème de poids, ni de santé visible.
- Je suis conscient(e) et j'assume les risques de contagion par contact direct ou indirect avec les autres animaux croisés lors de son séjour à la Clinique de stérilisation ciblée.
- Je renonce à exercer tout recours contre la SPAE et la CVPAE, ses employés ou représentants en réparation de dommages corporels, moraux ou matériels relatifs à l'hospitalisation ou aux soins prodigués à l'animal.

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

Signature : _____ Date : _____

***** Confidentialité : toute information recueillie par le biais de ce questionnaire demeure confidentielle et ne sera divulguée à personne sauf les individus autorisés par la SPAE et la CVPAE. *****

RÉSERVÉ À LA SPA DE L'ESTRIE

N° dossier client : _____

Candidature acceptée? Oui Non

Raison du refus : _____ Par : _____

Date du rendez-vous : _____ Heure d'arrivée : _____

Heure de sortie : _____

Notes particulières : _____

Retournez ce formulaire complété et signé par courriel à sterilisation@spaestrie.qc.ca
Seules les candidatures retenues seront contactées pour une prise de rendez-vous.