**Ce modèle vous est présenté afin de faciliter le travail de rédaction nécessaire à la mise en place d’un formulaire d’adoption d’un animal.**

**Avant de mettre ce formulaire en circulation, nous vous invitons à le faire réviser par votre conseiller juridique.**

**Formulaire D’ADOPTION D’UN ANIMAL**

***cLINIQUE VÉTÉRINAIRE « abc »***

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’ANIMAL** |
| Nom de l’animal : |       |  | Sexe de l’animal : | [ ]  M [ ]  F  |
| Espèce : |       |  |  |  |
| Date de naissance (ou âge appr.) : |   /  /     *(jj/mm/aaaa)* ou    ans |  | Tatou/micropucé : [ ]  Oui [ ]  Non N° :       |
| Description de l’animal (race ou croisé, couleur du pelage, traits distinctifs, etc.) :       |
|  |
| **CONSENTEMENT DU CÉDANT** |
| Afin d’aider la *Clinique vétérinaire « ABC »* à identifier un nouveau foyer approprié à l’animal, d’optimiser les chances d’une adoption harmonieuse ou d’une relocalisation réussie et d’assurer adéquatement le suivi médical de l’animal, est-ce que l’ancien propriétaire a fourni à la *Clinique vétérinaire « ABC »* des renseignements sur sa provenance, ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie et son comportement? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Est-ce que l’ancien propriétaire de l’animal a accepté que la *Clinique vétérinaire « ABC »* transmette ces renseignements aux futurs adoptants si cela était jugé nécessaire et conditionnellement à ce que toutes les informations relatives à l’identité et aux coordonnées de l’ancien propriétaire soient caviardées sur le formulaire de cession de l’animal?  | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **PROVENANCE DE L’ANIMAL** |
| La date et le contexte dans lequel la *Clinique vétérinaire « ABC »* est entrée en possession de cet animal :   /  /          |
| **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SI CONNUS)**  |
| Date de la dernière consultation chez le médecin vétérinaire : |   /  /     |
| Nom de l’établissement vétérinaire et du médecin vétérinaire traitant : |       |
| Statut reproducteur de l’animal : | [ ]  Stérilisé [ ]  Animal intact [ ]  Inconnu |
| Statut vaccinal :[ ]  Vaccins à jour\* [ ]  Non vacciné [ ]  Statut inconnu\*Dernier certificat de vaccination disponible | Statut de vermifugation :[ ]  Vermifuge à jour\* [ ]  Non vermifugé [ ]  Statut inconnu\*Date d’administration et nature du vermifuge :   /  /     |
| État de santé de l’animal (maladies chroniques, allergies, etc.) :       |
| Habitudes alimentaires (type de nourriture, fréquence des repas, etc.) :       |
| **HABITUDES DE VIE (À REMPLIR SI FORMULAIRE DE CESSION NON DISPONIBLE)** |
| **Chien :** [ ]  Vit seul [ ]  Vit avec d’autres animauxNiveau d’activité : [ ]  Élevé [ ]  Modéré [ ]  FaibleMarche en laisse : [ ]  Oui [ ]  NonPropreté dans la maison : [ ]  Oui [ ]  NonFait ses besoins : [ ]  Extérieur [ ]  Piquet d’entraîn.Cage : [ ]  Oui [ ]  Non | **Chat :** [ ]  Vit seul [ ]  Vit avec d’autres animaux [ ]  Va à l’extérieur [ ]  Ne va pas à l’extérieurDégriffé : [ ]  Oui [ ]  4 pattes [ ]  Pattes arrières [ ]  NonAcclimaté à : [ ]  Poteau à griffe [ ]  Protège-griffes [ ]  Fontaine d’eauType de litière :       |
| **COMPORTEMENT (À REMPLIR SI FORMULAIRE DE CESSION NON DISPONIBLE)** |
| **Le chien :**[ ]  Aboie [ ]  Mord [ ]  Gruge [ ]  S’enfuit [ ]  Saute [ ] Creuse | **Le chat :** [ ]  Miaule [ ]  Crache [ ]  Mord [ ]  Griffe [ ]  Saute (table/comptoir) |
| Réaction de l’animal envers : | * Personnes en général :
 |       |  | * Chiens :
 |       |
|  | * Enfants :
 |       |  | * Chats :
 |       |
| Réaction de l’animal s’il reste seul à la maison : |       |
| Est-ce que l’animal a déjà démontré des comportements agressifs? Si oui, voici le type de comportement et le contexte de l’incident ou des incidents : |       |
| Est-ce que l’animal a déjà infligé une blessure à un autre animal ou à une personne? Si oui, voici le type de blessure et le contexte de l’attaque : |       |
| Est-ce que l’animal a déjà fait l’objet d’une évaluation comportementale ? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, nom et titre de la personne responsable :      Si oui, est-ce que l’ancien propriétaire a accepté de fournir les renseignements relatifs à cette évaluation? [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, est-ce que l’ancien propriétaire a accepté que ces renseignements soient transmis à l’adoptant? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| **AUTRES INFORMATIONS AFIN D’IDENTIFIER UN FOYER COMPATIBLE** |
| Quel type de foyer serait le plus compatible avec cet animal?       |
| **DÉCLARATION DE L’ADOPTANT** |
| *Je suis conscient(e) de la possibilité que la Clinique vétérinaire « ABC » exige des frais d’adoption, ceux-ci devant représenter, au maximum, la somme des tarifs couramment exigés pour les services vétérinaires fournis par l’établissement, par exemple : vaccination, vermifugation et stérilisation. Je comprends également que l’adoption d’un animal à la Clinique vétérinaire « ABC » n’inclut aucune garantie de santé et ne me lie en aucun cas avec la Clinique vétérinaire « ABC » pour les services professionnels à venir. Enfin, je reconnais que conformément au respect des obligations professionnelles en matière de confidentialité, le ou les médecins vétérinaires de la Clinique vétérinaire « ABC » ne sera (ont) pas autorisé(s) à me divulguer quelque information que ce soit quant à l’identité de l’ancien propriétaire.**À titre d’adoptant de l’animal ci-haut décrit, je, atteste avoir été en mesure de considérer toutes les informations disponibles relatives à sa santé et à son comportement et avoir eu l’opportunité d’obtenir toutes les réponses à mes questions pour prendre une décision éclairée. Par conséquent, je consens à adopter cet animal en provenance de la Clinique vétérinaire « ABC ». Je comprends que je deviendrai, à la date de la signature de la présente, le propriétaire de cet animal et serai par le fait même responsable d’assurer sa sécurité et son bien-être et habilité à décider des soins à lui apporter.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature de l’adoptant de l’animal |  | Date |
| Nom (en lettres moulées) : |  |
| Adresse : |  |
| Téléphone : |  | Autre téléphone : |  | Courriel : |  |