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

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

**Formulaire D’ABANDON OU DE CESSiON 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.) : | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **RAISON D’ABANDON OU DE CESSION** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **CONSENTEMENT DU CÉDANT** | | | | | | | | | | | | |
| Afin d’aider la *Clinique vétérinaire « ABC »* à identifier un nouveau foyer approprié à votre animal, d’optimiser les chances d’une adoption harmonieuse ou d’une relocalisation réussie et d’assurer adéquatement le suivi médical de votre animal, acceptez-vous de nous fournir des renseignements sur sa provenance, ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie et son comportement? | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| Acceptez-vous que la *Clinique vétérinaire « ABC »* transmette ces renseignements aux futurs adoptants si cela est jugé nécessaire, et ce, conditionnellement à ce que toutes les informations relatives à votre identité et à vos coordonnées soient caviardées sur la copie du formulaire de cession de l’animal remise à l’adoptant? | | | | | | | | | | | | Oui  Non |
| **PROVENANCE DE L’ANIMAL** | | | | | | | | | | | | |
| La date et le contexte dans lequel vous êtes entré en possession de cet animal :   /  / | | | | | | | | | | | | |
| Refuge ou service animalier  Éleveur | | | Famille/amis  Achat dans une animalerie | | | | | | Animal trouvé/errant  Autre : | | | |
| **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SI CONNUS)** | | | | | | | | | | | | |
| Date de la dernière visite 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  \*Présenter le dernier certificat de vaccination si 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** | | | | | | | | | | | | |
| **Chien :**  Vit seul  Vit avec d’autres animaux  Niveau d’activité :  Élevé  Modéré  Faible  Marche en laisse :  Oui  Non  Propreté dans la maison :  Oui  Non  Fait ses besoins :  Extérieur  Piquet d’entraîn.  Cage :  Oui  Non  Y dort :  La nuit  Durant les absences | | | | **Chat :**  Vit seul  Vit avec d’autres animaux  Va à l’extérieur  Ne va pas à l’extérieur  Dégriffé :  Oui  4 pattes  Pattes arrières  Non  Acclimaté à :  Poteau à griffe  Protège-griffes  Fontaine d’eau  Type de litière : | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPORTEMENT** | | | | | | |
| **Est-ce que votre chien :**  Aboie  Mord  Gruge  S’enfuit  Saute Creuse | | | **Est-ce que votre 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 votre animal a déjà démontré des comportements agressifs? Si oui, décrivez le type de comportement et le contexte de l’incident ou des incidents : | |  | | | | |
| Est-ce que votre animal a déjà infligé une blessure à un autre animal ou à une personne? Si oui, décrivez le type de blessure et le contexte de l’attaque : | |  | | | | |
| Est-ce que votre animal a déjà fait l’objet d’une évaluation comportementale ?  Oui  Non  Si, oui par qui?  Si oui, acceptez-vous de fournir les renseignements relatifs à cette évaluation?  Oui  Non  Si oui, acceptez-vous que ces renseignements soient transmis à l’adoptant?  Oui  Non | | | | | | |
| **AUTRES INFORMATIONS AFIN D’AIDER À IDENTIFIER UN NOUVEAU FOYER** | | | | | | |
| Quel type de foyer serait le plus compatible avec votre animal? | | | | | | |
| **DÉCLARATION DE CESSION** | | | | | | |
| *À titre de propriétaire de l’animal ci-haut décrit, je,       atteste avoir été en mesure de considérer toutes les informations relatives à la santé et au bien-être de mon animal et avoir eu l’opportunité d’obtenir toutes les réponses à mes questions pour prendre une décision éclairée. Par conséquent, je consens à céder mon animal à la Clinique vétérinaire « ABC » qui deviendra, à la date de la signature de la présente, le propriétaire de mon animal et sera par le fait même habilitée à décider des soins à apporter à cet animal et à favoriser sa relocalisation dans un nouveau foyer.*  *Je suis conscient(e) de la possibilité que la Clinique vétérinaire « ABC » demande des frais d’adoption au nouveau propriétaire de l’animal, 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 de mon animal par une autre personne ne lie pas cette personne à 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 du nouveau propriétaire et au suivi de l’état de santé de l’animal que je lui cède.* | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature du propriétaire de l’animal |  | Date |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom (en lettres moulées) : | |  | | | | |
| Adresse : | |  | | | | |
| Téléphone : |  | | Autre téléphone : |  | Courriel : |  |