**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 animauxNiveau d’activité : [ ]  Élevé [ ]  Modéré [ ]  FaibleMarche en laisse : [ ]  Oui [ ]  NonPropreté dans la maison : [ ]  Oui [ ]  NonFait ses besoins : [ ]  Extérieur [ ]  Piquet d’entraîn.Cage : [ ]  Oui [ ]  NonY dort : [ ]  La nuit [ ]  Durant les absences | **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** |
| **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 [ ]  NonSi, oui par qui?      Si oui, acceptez-vous de fournir les renseignements relatifs à cette évaluation? [ ]  Oui [ ]  NonSi 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 : |  |