

ADMISSION DU PENSIONNAIRE CANIN



PROPRIÉTAIRE(S)

Nom complet :	Nom conjoint(e) :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Cellulaire :	Cellulaire :
Adresse :	Courriel :
Contact d'urgence 1 Nom : Téléphone :	Contact d'urgence 2 Nom : Téléphone :

ANIMAL DE COMPAGNIE :

Nom :	Race ou croisement :
Couleur :	Date de naissance :
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Stérile : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :	Condition médicale particulière :
Tempérament avec les autres chiens (veuillez être le plus explicite possible) :	Quantité de nourriture par repas : _____
	Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
Pour le bien-être de votre chien, nous permettez-nous de lui donner une marche gratuite (15 minutes) si nous le jugeons nécessaire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Où avez-vous entendu parler de nous ?
Précisions ou autres informations sur votre animal :	Nous permettez-nous de mélanger de la nourriture en conserve (3.59 \$) à ses croquettes si il/elle manque d'appétit après 2 jours ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>