

1 fiche par Animal

Votre nom de Famille :

Race :

Poids :

Age :

Mois :

N° de tatouage ou de puce électronique :

Questionnaire obligatoire pour connaître votre Compagnon

Pouvez-vous laisser votre chien seul

sans qu'il aboie

sans qu'il détruise

sans qu'il s'oublie

| |
|--|
| |
| |
| |

OUI

OUI

OUI

| |
|--|
| |
| |
| |

NON

NON

NON

Pouvez-vous le manipuler facilement ?

le porter dans vos bras si besoin

lui ouvrir la gueule

le brosser, le peigner

lui toucher les pattes

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

OUI

OUI

OUI

OUI

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

NON

NON

NON

NON

Lui arrive t-il

de grogner ou de pincer

d'aboyer excessivement

de mordre ?

| |
|--|
| |
| |
| |

OUI

OUI

OUI

| |
|--|
| |
| |
| |

NON

NON

NON

Tire-t-il sur sa laisse ?

| |
|--|
| |
|--|

OUI

| |
|--|
| |
|--|

NON

A-t-il déjà mordu à ce jour ?

- un enfant
- un adulte
- un autre chien
- d'autres animaux (vache, poule, etc,,)

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

A-t-il fait de l'éducation canine ?

- En club
- Educateur canin
- Par vous-même

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

A ce jour ?

- A-t-il des problèmes médicaux ?
- Des antécédents ?
- Est-il cardiaque ?
- Lui arrive-t-il de faire de l'eczéma de peau ?

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

Assurance Santé (Remboursement frais vétérinaires)

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

Santé :

- traitement en cours ?
- allergies !

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

Type d'aliment :

- croquettes
- boites
- croquettes et boites

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |

Avant de connaître Atoll Câlin où l'avez-vous confié ?

- Dog-sitter à votre domicile
- En famille d'accueil
- Chenil (Cages ou boxes)
- Par la Famille
- Autres

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| | OUI | | NON |
| | OUI | | NON |
| | OUI | | NON |
| | OUI | | NON |
| | OUI | | NON |

Fait-il les trous ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| | OUI | | NON |
| | OUI | | NON |
| | OUI | | NON |