**FORMULAIRE A RETOURNER A L’ADRESSE MAIL SUIVANTE : laetitia.pitra@gmail.com**

**Vos coordonnées :**

 Date de votre demande

NOM – Prénom :

Adresse :

Code Postal – Ville :

N° de téléphone (fixe et/ou portable)

E mail

**Votre carlin :**

**Merci de nous adresser des photos de votre carlin pour finaliser sa fiche.**

Nom :

Sexe (M/F) :

N° d’identification (puce ou tatouage) :

Date de naissance :

LOF (Oui/Non) :

Si oui, nom de l’élevage de provenance :

Votre carlin est-il stérilisé/castré ? (Oui/Non) :

Couleur de la robe :

Êtes-vous en possession de la carte d’identification complète ? (Oui/Non) :

Les ententes de votre carlin :

-          Chiens mâles (Oui/Non) :

-          Chiens femelles (Oui/Non) :

-          Chats (Oui/Non) :

-          NAC (Oui/Non) :

-          Enfants de moins de 10 ans (Oui/Non) :

-          Enfants de plus de 10 ans (Oui/Non) :

-          Autre :

**Le caractère de votre carlin :**

-          Dominant (Oui/Non) :

-          Soumis (Oui/Non) :

-          Calme (Oui/Non) :

-          Actif (Oui/Non) :

-          Joueur (Oui/Non) :

-          Indépendant (Oui/Non) :

-          Ne supporte pas la solitude (Oui/Non) :

-          Habitué à la laisse (Oui/Non) :

-          Tire en laisse (Oui/Non) :

-          A du rappel (Oui/Non) :

-          Autre :

A-t-il montré des signes d’agressivité ? (Oui/Non) :

A-t-il pincé ou mordu quelqu’un ? (Oui/Non) :

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) :

Avez-vous déjà fait appel à un comportementaliste canin ? (Oui/Non) :

Si oui, pour quelles raisons ? :

Merci d’indiquer tous renseignements que vous pensez utile de nous donner :

**La santé de votre carlin :**

Est-il sujet aux allergies ? (Oui/Non) :

Si oui, de quel type d’allergie(s) s’agit-il ? :

A-t-il des problèmes de peau ? (Atopie, démodécie, etc ?

Si oui, un traitement est-il en cours ?

A-t-il des problèmes de respirations ? (sténose des narines, voile du palais) :

-          Oui, il faut l’opérer

-          Non, il a déjà été opéré

-          Non, il n’a aucun problème de respiration

A-t-il déjà eu une opération par le passé ? (Oui/Non) :

Si oui, précisez SVP :

A-t-il eu des problèmes de santé par le passé ? (Oui/Non) :

Si oui, précisez SVP :

A-t-il un problème de santé actuellement ? (Oui/Non) :

Si oui, merci de noter si un traitement médical est en cours :

Quelle est l’alimentation de votre carlin ?

Craint-il la chaleur ? (Oui/Non) :

Craint-il les trajets en voiture ? (Oui/Non) :

Est-il malade ? Stressé ?

**Quelle est la raison et le degré d'urgence du placement** :

**Conditions générales**

En complétant et signant ce document, vous certifiez l'exactitude des renseignements communiqués et vous engagez à céder votre carlin à l'Association SOS CARLIN. Celle-ci s'engage à tout mettre en œuvre afin de trouver un nouveau foyer correspondant au profil de votre carlin et à effectuer un suivi jusqu'à la fin de ses jours. Vous vous engagez à fournir à notre Association tous les documents concernant le carlin (carnet de santé, passeport, carte d'identification complète, dossier médical, etc.)

J'accepte les conditions du présent formulaire (Oui/Non) :

Date :

Signature :

Merci Beaucoup.

Cordialement

Laëtitia PITRA

Présidente de SOS CARLIN

