

PROPRIÉTAIRE

NOM	PRÉNOM	NOTES (DÉMÉNAGEMENT, DÉCÈS D'UN ANIMAL, AUTRE)	
ADRESSE		LIEU D'ENREGISTREMENT ET N° DE LICENCE (SI PROVENANCE D'UNE AUTRE MUNICIPALITÉ OU VILLE)	
VILLE—PROVINCE—CODE POSTAL			
TÉLÉPHONE OU CELLULAIRE	TÉLÉPHONE BUREAU	POSTE BUDGÉTAIRE : 01-24100-100	MODE DE PAIEMENT : COMPTANT <input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> CRÉDIT/DÉBIT <input type="checkbox"/>
COURRIEL			

PREMIER CHIEN

ZONES OMBRAGÉES RÉSERVÉES À L'ADMINISTRATION

NO LICENCE 2023		NO LICENCE 2024		DATE D'ÉMISSION DE LA LICENCE :	COÛT DE LA LICENCE : 15 \$ <input type="checkbox"/>
NOM	PÉRIODE DE VALIDITÉ 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2024		RACE	FEMELLE <input type="checkbox"/> MÂLE <input type="checkbox"/>	
COULEUR	VACCINÉ (RAGE) — OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DATE :	STÉRILISÉ — OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DATE :	VÉTÉRINAIRE (NOM ET TÉLÉPHONE)		
NO DE POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ATTESTATION DÉPOSÉE LORS DE LA DEMANDE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		NO DE CERTIFICAT DE VACCINATION VALIDE JUSQU'ÀU :		CERTIFICAT DE STÉRILISATION FOURNI LORS DE LA DEMANDE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
ÂGE : ANNÉES : _____ MOIS : _____	POIDS	CERTIFICAT DE VACCINATION FOURNI LORS DE LA DEMANDE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		JOINDRE UNE PREUVE DE STÉRILISATION	
AUTRES SIGNES DISTINCTIFS (TATOUAGE, PUCE ÉLECTRONIQUE, ETC.)		PROVENANCE DE L'ANIMAL REFUGE <input type="checkbox"/> ANIMALERIE <input type="checkbox"/> ÉLEVEUR <input type="checkbox"/> PARTICULIER <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>			

DEUXIÈME CHIEN

ZONES OMBRAGÉES RÉSERVÉES À L'ADMINISTRATION

NO LICENCE 2023		NO LICENCE 2024		DATE D'ÉMISSION DE LA LICENCE :	COÛT DE LA LICENCE : 15 \$ <input type="checkbox"/>
NOM	PÉRIODE DE VALIDITÉ 1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2024		RACE	FEMELLE <input type="checkbox"/> MÂLE <input type="checkbox"/>	
COULEUR	VACCINÉ (RAGE) - DATE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	STÉRILISÉ — DATE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VÉTÉRINAIRE (NOM ET TÉLÉPHONE)		
NO DE POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE ATTESTATION DÉPOSÉE LORS DE LA DEMANDE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		NO DE CERTIFICAT DE VACCINATION VALIDE JUSQU'ÀU :		CERTIFICAT DE STÉRILISATION FOURNI LORS DE LA DEMANDE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
ÂGE : ANNÉES : _____ MOIS : _____	POIDS	CERTIFICAT DE VACCINATION FOURNI LORS DE LA DEMANDE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		JOINDRE UNE PREUVE DE STÉRILISATION	
AUTRES SIGNES DISTINCTIFS (TATOUAGE, PUCE ÉLECTRONIQUE, ETC.)		PROVENANCE DE L'ANIMAL REFUGE <input type="checkbox"/> ANIMALERIE <input type="checkbox"/> ÉLEVEUR <input type="checkbox"/> PARTICULIER <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>			

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je, soussigné, déclare que :

- Tous les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts;
- Je m'engage à rectifier auprès de l'autorité compétente tout renseignement contenu aux présentes dès qu'il surviendra un changement;
- J'ai lu et m'engage à respecter le Règlement numéro 516-2021 concernant la garde et le contrôle des chiens.

SIGNATURE DU DEMANDEUR	NOM EN LETTRE DÉTACHÉES	(ANNÉE—MOIS— ANNÉE)
------------------------	-------------------------	---------------------