

Formulaire d'autorisation d'euthanasie

| FICHE CLIENT | | FICHE ANIMAL | | |
|--------------|--|--------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Prénom | | Nom | | |
| Nom client | | Espèce | Chien <input type="checkbox"/> | Chat <input type="checkbox"/> |
| Téléphone | | Sexe | Mâle <input type="checkbox"/> | Femelle <input type="checkbox"/> |
| Adresse | | Race | | |
| Ville | | Naissance | | |
| Code postal | | Poids | | |
| | | Couleur | | |

ADRESSE COURRIEL : _____

Par la présente, j'autorise le service vétérinaire mobile VET'DISTRICT INC. à procéder à l'euthanasie (i.e. donner la mort sans douleur et de façon humanitaire) de mon animal ci-dessus identifié dont j'ai la responsabilité.

Mon animal n'a mordu personne dans les 15 derniers jours **N'A PAS MORDU** _____ **À MORDU** _____

| PROCÉDURE DE DISPOSITION DU CORPS | | |
|--|--|-----------|
| <i>Veillez apposer vos <u>initiales</u> pour confirmer votre choix</i> | | |
| OPTIONS | CARACTÉRISTIQUES | INITIALES |
| CRÉMATION COMMUNE | JE NE SOUHAITE PAS que les cendres de mon animal me soient remises dans une urne. | |
| CRÉMATION PRIVÉE | JE SOUHAITE que les cendres de mon animal me soient remises dans une urne (\$). | |
| CRÉMATION ASSISTÉE | Je serai présent(e) à la cérémonie de crémation et les cendres de mon animal me seront remises dans une urne (\$). | |
| PAS DE CRÉMATION | Je souhaite conserver le corps de mon animal. | |

| FOURNISSEUR | LANGUE | SOUVENIRS | PAIEMENT |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| CRÉMANIMO <input type="checkbox"/> | FRANÇAIS <input type="checkbox"/> | EMPREINTE DE PATTE (chien et chat) + | ESPÈCES <input type="checkbox"/> |
| AUTRE <input type="checkbox"/> | ANGLAIS <input type="checkbox"/> | | DÉBIT <input type="checkbox"/> |
| PRÉFÉRENCE DE CONTACT CRÉMANIMO <i>Crémanimo vous contactera 72h après l'intervention à domicile</i> | | EMPREINTE DU MUSEAU (chien seulement) (15.00\$) | CRÉDIT <input type="checkbox"/> |
| TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> | | | VIREMENT <input type="checkbox"/> |
| COURRIEL <input type="checkbox"/> | | | CHÈQUE <input type="checkbox"/> |

Signature : _____

Date : _____

Médecin vétérinaire : _____

Date : _____

| | | | | | | | |
|-------|-------|---|-------|---|-------|---|---------|
| ACP : | BUT : | # | KET : | # | DOR : | # | SED à : |
|-------|-------|---|-------|---|-------|---|---------|