**FORMULAIRE**

**FAMILLE D’ACCUEIL – CHATS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATE D’APPLICATION : |  | (V7) |
| NOM : |  | DATE de NAISSANCE |  |
| ADRESSE/VILLE/C.P. : |  |
| COURRIEL : |  |
| TÉLÉPHONE : | Maison :  |  | Cell : |  |
| ***VEUILLEZ REMPLIR LA DEMANDE DANS SON INTÉGRALITÉ.******N’oubliez pas les photos de votre chambre d'isolement, y compris le sol, tous les murs et le plafond.*** |
| **VOTRE FOYER** |
| Êtes-vous locataire ou propriétaire?  |  |
| Si vous êtes locataire, avez-vous le droit d'avoir des animaux? |  |
| Pouvez-vous isoler un animal pendant une période de quarantaine? Prière d’inclure des photos.  |  |
| Où l'animal vivra-t-il lorsqu'il n'est pas isolé ou en quarantaine? |  |
| Avez-vous des plantes chez vous? Savez-vous quelles plantes sont toxiques pour les animaux? |  |
| Êtes-vous ou d'autres aidants sont-ils à la maison pendant la journée? Si non, combien d'heures par jour êtes-vous absent? |  |
| Avez-vous un véhicule pour le transport de la famille d'accueil au refuge (jours de semaine) ou lors d'événements?Soins vétérinaires les mardis et jeudis -Consultations : 15h00 & 16h30. -Stérilisation/chirurgie : Amener à 9h00 et  ramasser entre 16h00 et 17h00 |  |
|  |  |
| **VOTRE FAMILLE** |
| Combien y a-t-il d'adultes dans votre maison? Veuillez spécifier l’âge. Êtes-vous tous d'accords pour participer en tant que famille d'accueil? |  |
| Combien y a-t-il d’enfants? Veuillez spécifier l’âge des enfants. |  |
| Y a-t-il quelqu’un qui présente des allergies? Veuillez spécifier. |  |
| Y a-t-il un ou des fumeurs à la maison? (Certains chats peuvent avoir des problèmes respiratoires.) |  |
| Avez-vous d'autres animaux? Veuillez fournir des détails (type, âge, personnalité, chat amical)? |  |
| Vos animaux sont-ils stérilisés? Si non, pourquoi?  |  |
| Vos animaux sont-ils à jour avec les vaccins?  |  |
| Si vous avez des chats, veuillez fournir des informations sur tout problème de santé ou handicap. |  |
| Si vous avez des chats, vont-ils dehors? |  |
| **VOTRE EXPÉRIENCE** |
| Avez-vous déjà eu des chats comme animaux de compagnie? Prière de fournir des détails. |  |
| Sur une échelle de 1 à 5, comment classeriez-vous vos connaissances sur les chats? (Besoins, comportements, maladies typiques). Prière de fournir des détails. |  |
| Avez-vous déjà été une famille d'accueil pour des chats? Pour qui? |  |
| Avez-vous de l'expérience pour donner des médicaments oraux? |  |
| Avez-vous de l'expérience avec d'autres types de soins de santé pour animaux de compagnie? Veuillez préciser |  |
| Avez-vous de l'expérience avec les soins néonatals des chatons orphelins? (Chatons sans mères). Ex : alimentation au biberon, alimentation à la seringue, stimulation, etc. Veuillez fournir des détails. |  |
|  |  |
| **VOS PRÉFÉRENCES** |

Veuillez sélectionner tout ce qui vous intéresse :

[ ]  Portée de chatons, mangent seuls (6-7 semaines +)

[ ]  Portée de chatons, à nourrir soit au biberon ou seringue (0-5 semaines)

[ ]  Chatte gestante / chatte allaitante et sa portée

[ ]  Chatte gestante

[ ]  Chat adulte

[ ]  Chat sénior

[ ]  Chat avec besoins spéciaux

[ ]  Chat semi-sauvage ou timide qui a besoin de socialisation

* LE REMPLISSAGE DE CETTE DEMANDE NE GARANTIT PAS QUE LE DEMANDEUR SERA APPROUVÉ EN TANT QUE FAMILLE D’ACCUEIL.
* TOUTES LES INFORMATIONS SONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.
* VEUILLEZ REMPLIR LA DEMANDE DANS SON INTÉGRALITÉ ET ENVOYER AVEC VOS PHOTOS DE CHAMBRE D’ISOLATION À ADOPTIONSPCAMONTEREGIE@GMAIL.COM

**DEVENIR FAMILLE D’ACCUEIL SAUVE DES VIES!**

**MERCI D'AVOIR PROPOSÉ DE NOUS AIDER À LES AIDER!**