

**LE CHAT'L'AIN**  
**PENSION POUR CHATS**

N° Client : |\_|\_|\_|\_|\_|

**AUTORISATION SANITAIRE**

*REEMPLIR UNE AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICALE PAR ANIMAL*

Je soussigné(e), M .....

Propriétaire de l'animal ..... (nom du chat),

autorise la Pension LE CHAT'L'AIN, à faire le nécessaire en cas d'accident, maladie, ou tout autre acte nécessitant la visite chez le vétérinaire référent pour le bien-être et la santé physique de mon animal.

J'autorise également toutes interventions médicales ou chirurgicales qui seraient décidées par le cabinet vétérinaire du Docteur ECORCE Pascale à Chalamont, référent de la Pension, ou tout autre vétérinaire remplaçant en cas d'absence de celui-ci.

Cette autorisation sanitaire est valable à compter de ce jour, et ce pour tous les séjours, que mon animal passera à la pension LE CHAT'L'AIN (SAS Le Chat'l'Ain).

ALLERGIES

COMMENTAIRES

Je prends acte que tous les frais seront en intégralité à ma charge et qu'en aucun cas je ne pourrais en contester le montant.

Document établie pour faire valoir ce que de droit,

Fait à Villette sur Ain, le .....

Lc(s) Propriétaire(s) de l'animal,

**SUIVI SANITAIRE**

*REEMPLIR UN SUIVI SANITAIRE PAR ANIMAL*

**NOM DE L'ANIMAL :**

.....

SUIVI SANITAIRE (inscrire le jour et le mois)

SUIVI SANITAIRE (inscrire le jour et le mois)							
<b>VACCINATION</b> (moins d'un an)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TCL TYPHIUS/CORYZA/ LEUCOSE							
TCL (RAPPEL SI 1ERES VACCINATIONS)							
RAGE (PAS OBLIGATOIRE)							
<b>VERMIFUGE</b>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Effectué :							
Effectué :							
Effectué :							
Effectué :							
<b>ANTIPARASITAIRE</b>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Effectué :							
Effectué :							
Effectué :							
Effectué :							
<b>STERILISATION</b>							
<b>DEJA EFFECTUEE</b>	OUI	NON	Si oui	DATE			
Inscrire la date quand elle sera faite			➤				