

DESTINATAIRE / TO

TÉLÉPHONE(S)

DATE

 N° DE CLIENT
CUSTOMER No.

 Informations à compléter en fonction de la *Loi visant à favoriser la protection des personnes par la mise en place d'un encadrement concernant les chiens* (RLRQ, c. P-38-002).

 Information to be completed according to the *Act to promote the protection of persons by establishing a framework with regard to dogs* (RLRQ, c. P-38-002).

Nom du chien Name of the dog _____		Race Breed _____		No de licence	
Couleur Color _____		Poids Weight _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb		Sexe Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Châtré Neutered <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes		Micropucé Microchipped <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes # _____			
Vaccin antirabique reçu Anti-rabies vaccination received <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes		Année de naissance du chien Dog's year of birth _____		AAAA / YYYY	
Où avez-vous obtenu votre chien? Where did you obtain your dog? _____					
Votre vétérinaire ou clinique Your veterinary or clinic _____ <small>nom et adresse / name and address</small>					
Je certifie que mon chien n'a jamais été déclaré chien potentiellement dangereux I certify that my dog has never been declared as a potentially dangerous dog <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes					

Nom du chien Name of the dog _____		Race Breed _____		No de licence	
Couleur Color _____		Poids Weight _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb		Sexe Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Châtré Neutered <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes		Micropucé Microchipped <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes # _____			
Vaccin antirabique reçu Anti-rabies vaccination received <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes		Année de naissance du chien Dog's year of birth _____		AAAA / YYYY	
Où avez-vous obtenu votre chien? Where did you obtain your dog? _____					
Votre vétérinaire ou clinique Your veterinary or clinic _____ <small>nom et adresse / name and address</small>					
Je certifie que mon chien n'a jamais été déclaré chien potentiellement dangereux I certify that my dog has never been declared as a potentially dangerous dog <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes					

Nom du chien Name of the dog _____		Race Breed _____		No de licence	
Couleur Color _____		Poids Weight _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb		Sexe Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Châtré Neutered <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes		Micropucé Microchipped <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes # _____			
Vaccin antirabique reçu Anti-rabies vaccination received <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes		Année de naissance du chien Dog's year of birth _____		AAAA / YYYY	
Où avez-vous obtenu votre chien? Where did you obtain your dog? _____					
Votre vétérinaire ou clinique Your veterinary or clinic _____ <small>nom et adresse / name and address</small>					
Je certifie que mon chien n'a jamais été déclaré chien potentiellement dangereux I certify that my dog has never been declared as a potentially dangerous dog <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes					

Cette partie du formulaire vous sera retournée par le Service des finances / This part of the form will be returned to you by the Finance Department.

MÉDAILLES / TAGS

Nom du chien / Dog's name

No de licence / Tag number

Le propriétaire ou gardien d'un chien doit informer la Ville dans laquelle ce dernier est enregistré de toute modification aux renseignements fournis. Si vous ne possédez plus de chien, prière de nous en aviser.

 The owner or handler of a dog must inform the City in which the dog is registered of any change in the information provided.
If you no longer have a dog, please notify us.

 NO DE CLIENT
CUSTOMER NUMBER

 MONTANT PAYÉ
AMOUNT PAID