

## Formulaire du demandeur

Voici le formulaire à remplir par vous-même afin de compléter la demande d'obtention d'un chien d'assistance de l'Académie MédiCanin. Nous nous réservons le droit de refuser votre demande automatiquement si certaines informations sont manquantes.

Les informations que vous nous fournirez vont nous permettre d'examiner votre demande et de déterminer si vous répondez à nos critères d'admission.

(À remplir par le tuteur légal si -18 ans pour l'épilepsie et santé mentale seulement)\*

### Renseignements généraux

Nom :	Prénom :
Adresse :	N° de téléphone :
	Courriel :
Date de naissance : __/__/____ Jj/mm/aaaa	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre/préfère ne pas répondre
Langue de correspondance orale : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	Langue de correspondance écrite : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____

\*Nom et prénom du tuteur légal :

### Renseignements sur le domicile

Quel type de domicile habitez-vous? <input type="checkbox"/> Propriétaire d'une maison <input type="checkbox"/> Locataire d'une maison <input type="checkbox"/> Appartement
Quel milieu habitez-vous? <input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Banlieue <input type="checkbox"/> Campagne



<p>Avez-vous un terrain?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, est-il clôturé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
---

---

## Renseignements sur la vie familiale

---

Veuillez énumérer chaque individu habitant votre domicile.			
Nom et prénom :	Âge :	Lien avec vous :	Allergies aux animaux (oui/non) :

Veuillez énumérer chaque animal habitant votre domicile.			
Nom et race :	Âge :	Sexe :	Stérilisé (oui/non) :

<p>Les individus habitant votre domicile sont-ils d'accord avec vos démarches d'obtention d'un chien d'assistance?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
--



Si non, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Renseignements sur la vie professionnelle

---

Occupez-vous un emploi?  
 Oui  
 Non

Si oui, décrivez celui-ci : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Renseignements médicaux

---

Les symptômes sont-ils persistants depuis plus de six (6) mois?  
 Oui  
 Non

Utilisez-vous des aides à la mobilité?  
 Oui  
 Non

Si oui, précisez lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Croyez-vous être capable physiquement et psychologiquement d'entraîner et de vous occuper de votre futur chien d'assistance?  
 Oui  
 Non

Si non, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

## Renseignements complémentaires

---

Pensez-vous pouvoir vous déplacer au lieu prévu pour les consultations avec votre éducateur assigné?

- Oui  
 Non

Si non, précisez : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Comment en êtes-vous arrivé à la conclusion que vous vouliez pallier votre handicap avec l'aide d'un chien d'assistance?

---

---

---

---

---

Qu'attendez-vous de votre futur chien d'assistance?

---

---

---

---

---

Décrivez votre niveau d'énergie, vos activités (travails, loisirs...), ainsi que votre dynamique familiale.

---

---

---

---

---

Veillez fournir les informations suivantes sur votre principal contact d'urgence, qui pourra prendre chez lui votre futur chien d'assistance en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



J'atteste que toutes les informations écrites ci-dessus sont justes et complétées au meilleur de mes connaissances. J'autorise l'Académie MédiCanin à communiquer avec moi et mon équipe médicale pour plus d'information ou pour confirmer les informations manquantes, douteuses ou inexactes selon le formulaire médical rempli par le corps médical autorisé.

---

Signature du demandeur

---

Date

Académie MédiCanin

819-290-1943, info@academiemedicanin.ca

