



FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN CHIEN D'ASSISTANCE

À remplir par la personne qui demande à faire partie du programme d'entraînement d'un chien d'assistance psychologique.

Si vous êtes âgés de moins de 18 ans, le formulaire doit être rempli obligatoirement par votre tuteur légal

Identification du bénéficiaire	
Prénom et nom :	Téléphone :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Langue de correspondance :
Sexe :	Contact d'urgence : (Nom complet + Téléphone)
Courriel :	

Identification du tuteur légal (si applicable)	
Prénom et nom :	Téléphone :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Langue de correspondance :
Sexe :	Courriel :
Adresse :	

Identification de la personne ressource	
Par « personne ressource », nous entendons une personne compétente qui saura vous épauler tout au long du processus d'entraînement de votre chien d'assistance. Par exemple, elle pourra vous soutenir de différentes manières, en vous accordant des moments de répit et en vous apportant une aide continue dans le cheminement du programme. De plus, si une situation d'urgence se présente, la personne ressource s'engage à prendre en charge votre chien d'assistance.	
Prénom et nom :	Téléphone :
Courriel :	Langue de correspondance :
Lien avec cette personne? (Ami, famille, etc.) :	Adresse :

Informations sur l'environnement du bénéficiaire
Adresse : _____
<input type="checkbox"/> Maison
<input type="checkbox"/> Condo
<input type="checkbox"/> Appartement : # _____

<input type="checkbox"/> Autres : _____	
Vous vivez :	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Avec votre famille <input type="checkbox"/> Avec colocataire(s) <input type="checkbox"/> Avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Autre : _____

Personnes qui résident avec le bénéficiaire

NOM	ÂGE	LIEN	EXPÉRIENCE AVEC LES CHIENS (OUI/NON)

État de santé du bénéficiaire

Pour quel(s) diagnostic(s) faites-vous une demande pour le programme d'entraînement de chien d'assistance?	<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT) <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisé (TAG) <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC) <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité limite (TPL) <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Agoraphobie <input type="checkbox"/> Autre(s), veuillez préciser : _____
	Date du (des) diagnostic(s)* : _____
Quels sont vos principaux symptômes?	Précisez : _____ _____ _____
Avez-vous un suivi médical régulier?	<input type="checkbox"/> OUI (veuillez remplir le tableau ci-dessous) <input type="checkbox"/> NON

Équipe traitante du bénéficiaire

NOM	PROFESSION	CONTACT

Consentez-vous, aux fins d'évaluation de votre demande, à ce que Le chien bleu communique avec les membres de votre équipe traitante?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Animaux

Avez-vous déjà un chien avec qui vous souhaitez suivre le programme?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
----------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Race :	Âge et date de naissance :	Nom :	Sexe : M F	Stérilisé : OUI NON
--------	----------------------------	-------	-----------------	-----------------------

Avez-vous d'autres animaux à votre domicile?	<input type="checkbox"/> OUI (Remplir la grille ci-dessous)	<input type="checkbox"/> NON
----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------

NOM	RACE	SEXE (M/F)	ÂGE	STÉRILISÉ (OUI/NON)

Renseignements généraux

Êtes-vous capable de vous déplacer en Montérégie ou à Montréal pour les entraînements à toutes les 2 semaines?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Selon vous, pour quelle(s) raison(s) avez-vous besoin d'un chien d'assistance?	Précisez : _____ _____ _____ _____ _____
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

	<hr/> <hr/>
<p>Quelles sont vos attentes par rapport à notre programme et à notre entreprise?</p>	<p>Précisez : _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>À quoi ressemblent vos journées au quotidien (travail, études, loisirs, rendez-vous, déplacements, etc.)?</p>	<p>Précisez : _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Le chien bleu - Entreprise de formation de chiens d'assistance et d'intervention en comportement canin, s'engage à ne divulguer aucune information contenue dans le présent formulaire, à garder ces informations confidentielles et à les utiliser uniquement dans le cadre de ses activités professionnelles.

J'atteste que les informations inscrites dans le formulaire sont véridiques et au meilleur de mes connaissances.

Signature du bénéficiaire

Date (JJ/MM/AAAA)

Signature du tuteur légal (si applicable)

Date (JJ/MM/AAAA)



(438) 887-3703
simon@lechienbleu.ca
lechienbleu.ca