

Formulaire du demandeur

Voici le formulaire à remplir 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 le/la bénéficiaire a moins de 16 ans ou n'est pas apte à remplir le formulaire.)

Renseignements généraux du bénéficiaire

Nom :	Prénom :
Adresse complète :	N° de téléphone :
	Courriel :
Date de naissance : __/__/____ Jj/mm/aaaa	Sexe et pronoms : <input type="checkbox"/> Femme (elle) <input type="checkbox"/> Homme (il) <input type="checkbox"/> Non-binaire (iel) <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 du bénéficiaire

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

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. (incluant votre candidat pour le programme)			
Nom et race :	Âge :	Sexe :	Stérilisé (oui/non) :



Les individus habitant votre domicile sont-ils d'accord avec vos démarches d'obtention d'un chien d'assistance?

- ☐ Oui
☐ Non

Si non, précisez : _____

Renseignements sur la vie professionnelle

Occupez-vous un emploi?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, décrivez celui-ci : _____

Renseignements médicaux du bénéficiaire

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 : _____



<hr/> <hr/>

Renseignements complémentaires

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

☐ Oui

☐ Non

Si non, précisez : _____

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Veuillez 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

