



Service de la
consommation et des
affaires vétérinaires

Affaires vétérinaires
Ch. des Boveresses 155
Case postale 68
1066 Epalinges

Formulaire d'annonce pour chiens potentiellement dangereux

No de dossier :

Annexe(s) à l'annonce oui non

Dossier

<u>PROPRIETAIRE DU CHIEN</u>	
Nom :	Prénom :
Adresse complète :	Profession : Employeur + adresse :
Date de naissance :	☎ (privé) :
E-mail :	☎ prof :
Assurance RC :	☎ portable :
Pièce d'identité fournie (copie) : <input type="checkbox"/> passeport <input type="checkbox"/> carte d'identité N° de la pièce :	

CHIEN :	
N° puce électronique:	
Nom :	Date de naissance :
Race :	Pedigree : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe : <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Mâle	Stérilisation/castration : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreilles coupées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, vous devez fournir une copie de l'attestation du vétérinaire cantonal selon page 25 du passeport pour animaux de compagnie
Queue coupée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Incidents antérieurs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Description de l'incident :	

Annexes à fournir :

Original extrait du casier judiciaire
Attestation des cours d'éducation canine suivis
Carnet de vaccination (copie)
Pièce d'identité ou passeport (copie)
Une photo passeport

Attestation assurance responsabilité civile
Pedigree du chien
Contrat écrit d'achat/vente
Fiche d'enregistrement AMICUS

PROPRIETAIRE

Questionnaire concernant la condition posée par le Conseil d'Etat à l'art. 9, let. f du Règlement d'application de la LPC

	Avez-vous souffert durant les 3 dernières années :	Souffrez-vous ce jour:
– de toxicomanie (alcool, drogues, médicaments) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
– de troubles mentaux ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
– de crise d'épilepsie ou de crises semblables ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
– de surdité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous été hospitalisé(e) dans un établissement pour alcooliques ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous suivi une cure de désintoxication pour consommation de stupéfiants ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous été hospitalisé(e) dans un établissement en raison de troubles mentaux ou de dépression ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, quand ?		
Etes-vous sous curatelle de port�e générale ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous d'autres chiens dans votre ménage ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui race, nom et n� de puce :		

Lieu et date :

Signature du propriétaire :

La personne susmentionn e confirme par sa signature l'exactitude des renseignements fournis. Les deux pages du formulaire doivent être d mment remplies, dat es, sign es et envoy es par courrier.