




# Formulaire d'annonce pour chiens potentiellement dangereux

Dossier n°

Annexe(s) à l'annonce

oui

non

<b><u>DETENTEUR DU CHIEN</u></b>	
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 :	

<b>CHIEN :</b>	
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	<b>Si oui, vous devez fournir une copie de l'attestation du vétérinaire cantonal selon page 25 du passeport pour animaux de compagnie</b>
Queue coupée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Incidents antérieurs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Description de l'incident :</b>	

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 de vous (format passeport)

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

## DETENTEUR

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 ?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous des 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 détenteur :

**La personne susmentionnée confirme par sa signature l'exactitude des renseignements fournis. Les deux pages du formulaire doivent être dûment remplies, datées, signées et envoyées par courrier.**