



Formulaire d'annonce pour chiens potentiellement dangereux

Dossier CPD N° :

Annexe(s) à l'annonce : oui non

PRORIÉTAIRE DU CHIEN	
Nom :	Prénom :
Adresse complète :	Profession :
	Employeur (+ adresse) :
Date de naissance :	Tél. portable :
E-mail :	Tél. privé :
Assurance RC :	Tél. professionnel :
Pièce d'identité : <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Pièce d'identité N° de la pièce :	

CHIEN	
N° de la puce (ME) :	
Nom :	Date de naissance :
Race :	Pedigree : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sexe : <input type="checkbox"/> mâle <input type="checkbox"/> femelle	Stérilisation/castration : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreilles coupées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, nous vous remercions de fournir une copie de l'attestation du vétérinaire cantonal selon la page N° 25 du passeport pour animaux de compagnie.
Queue coupée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Incident antérieur(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Description de l'incident :	

ANNEXES À FOURNIR :	
<input type="checkbox"/> ORIGINAL de l'extrait du casier judiciaire	<input type="checkbox"/> Carnet de vaccination (copie)
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Contrat écrit d'achat/vente
<input type="checkbox"/> Pièce d'identité ou passeport (copie)	<input type="checkbox"/> Pedigree du chien
<input type="checkbox"/> 1 photographie au format passeport	<input type="checkbox"/> Fiche d'enregistrement AMICUS



PROPRIÉTAIRE

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

Souffrez-vous ou avez-vous souffert :		
• d'évanouissements ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• d'états de faiblesse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• de toxicomanie (alcool, drogues et/ou médicaments) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• de troubles mentaux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• de crises d'épilepsie ou de crises semblables ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
• de surdité ?	<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
Souffrez-vous d'autres maladies ou infirmités qui vous empêcheraient de détenir un chien potentiellement dangereux ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vous trouvez-vous sous curatelle de port��e générale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Possédez-vous d'autres chiens dans votre ménage ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, quelle(s) race(s), nom(s) et numéro(s) de puce(s) :		

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  ment remplies, dat  es, sign  es et envoy  es par courrier à l'adresse indiqu  e ci-dessous.

