



SabCat  
Ch. du Plat de Valençon 12  
3978 Flanthey  
+41 76 581 74 81  
info@sabcat.ch

## Renseignements

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Num de Tél. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Nom du chat : \_\_\_\_\_ Surnom : \_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_ Pelage : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Mâle/Femelle                      Castré/Stérilisée   

Nourriture : \_\_\_\_\_

Vétérinaire habituel : \_\_\_\_\_

Date du dernier contrôle vétérinaire : \_\_\_\_\_

Blessure ou maladie récente : \_\_\_\_\_

Maladie chronique : \_\_\_\_\_

Problème de naissance : \_\_\_\_\_

Vaccination : \_\_\_\_\_ test felv/fiv

Médication : \_\_\_\_\_

Soin particulier : \_\_\_\_\_

Chat d'intérieur ou d'extérieur : \_\_\_\_\_

### Caractère

|                             | Oui                      | Non                      | Un peu                   |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Câlin                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joueur                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime être porté             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressif                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lunatique                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mord                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Griffe                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aime boire l'eau au robinet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peureux                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bavard                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date :

Signature :