



QUESTIONNAIRE CHAT

Vous	
Prénom et Nom	

Votre Chat	
Nom :	Date de naissance :
Stérilisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro de tatouage / Puce électronique :	
Que mange-t-il habituellement :	
<input type="checkbox"/> Croquette	Marque :
<input type="checkbox"/> Boîte	Marque :

Tempérament de votre chat		
Est-il calme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-il timide ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-il peureux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Santé		
Problème de santé particulier	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui lequel		
Suit-il un traitement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si Oui lequel		
Coordonnées du vétérinaire habituel		

Remarques

Date et Signature :