

L'ECOLE DU CHAT D'EVREUX

✉ BP 455 - 27000 EVREUX

☎ 07.86.29.75.00

Association d'intérêt général à but non lucratif

Site internet : www.ecolechatevreux.org

Courriel : contact@ecolechatevreux.org



**A l'attention du vétérinaire
BON à joindre à la facture
correspondant à l'acte**

B O N DE RAPPEL DE VACCINATION valable 1 mois, à partir de la date du primo-vaccin

Conseil concernant l'âge de primo vaccination : 2 mois et demi

Nom donné par l'Association : Nom choisi par l'adoptant :

Identification : N° de tatouage : N° de puce :

Date de la Primo vaccination Typhus Coryza effectuée par l'association :

Bon pour rappel de vaccination 1 mois après le primo-vaccin Typhus Coryza
Si l'adoptant a choisi le vaccin contre la leucose, le coût du rappel est à sa charge.

ADOPTANT / PROPRIETAIRE

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fixe Portable :

CLINIQUE V E T E R I N A I R E CHOISIE POUR LA VACCINATION selon la liste proposée, le choix fait, il ne sera plus possible de changer

Nom de la clinique vétérinaire

Adresse :

Téléphone :

ADOPTANT Hors Département de l'Eure

L'adoptant choisit de faire effectuer l'acte chez son vétérinaire non conventionné avec l'association. Des frais forfaitaires seront remboursés à l'adoptant selon les conditions indiquées sur le contrat d'adoption.

I M P O R T A N T

L'adoptant / propriétaire **s'engage à**

- **prévenir l'association de la date de la stérilisation de l'animal avant l'acte :**
- **donner au vétérinaire, le jour de l'intervention, le bon de vaccination qui devra être joint à la facture du vétérinaire.**

Fait à le 201.....

Signature

La Présidente, ou la Famille d'Accueil la représentant Nom Prénom

Eliane RENOULT