



FRANCE CHIEN D'ASSISTANCE PERSONNALISÉ ET INDIVIDUALISÉ
(F.C.A.P.I.)

Siège social : 46, La Milsandière 44440 TEILLÉ

Téléphone : 02 28 00 12 89 / 06 30 13 05 96

Adresse email : association@fcapi.fr

N° de SIRET : 833 233 323 00017 / Code APE : 9499Z / RNA : W441002682

Site : www.fcapi44.org/ Facebook : www.facebook.com/fcapi44/



FICHE ANNUELLE VÉTÉRINAIRE DE SUIVI DU CHIEN D'ASSISTANCE CERTIFIÉ APPARTENANT À UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Association FRANCE CHIEN D'ASSISTANCE PERSONNALISÉ ET INDIVIDUALISÉ (F.C.A.P.I.).

Association à but non lucratif régie par la loi de 1901 du 1er juillet 1901, reconnue d'intérêt général.

Date de création : Le 20 octobre 2017

Date de parution au journal officiel : Le 28 octobre 2017

Numéro de Registre National des Associations : W441002682

Numéro de SIRET : 833 233 323 00017

Médiateur : MEDIAVET

Adresse mail : <https://mediavet.net>

Convention n° MEDIAVET-D-22-2483

Adresse du Siège Social :

46, La Milsandière 44440 TEILLÉ

Téléphone : 02 28 00 12 89

Mobile : 06 30 13 05 96

Adresse mail : association@fcapi.fr

Site de la F.C.A.P.I : <https://www.fcapi44.org/>

**À faire impérativement remplir par le Vétérinaire lors des rappels annuels des vaccins du chien.
Transmettre impérativement ce document à la F.C.A.P.I par voie postale pour être archivé dans le
dossier du papier du chien et par mail au format numérique pour l'archiver dans le dossier numérique
du chien et sur le serveur sécurisé.**

Nom et prénom de la personne en situation de handicap :

.....

Nom et prénom du représentant légal de la personne en situation de handicap :

.....

Nom complet du chien :

.....

Race :

.....

Sexe : ☐ Mâle ☐ Femelle **Date de naissance :** / /

Identification (Numéro de tatouage ou Numéro de transpondeur) :

.....

L.O.F : ☐ Oui ☐ Non

Numéro de L.O.F ou du Pedigree : /

Numéro d'enregistrement de la portée à la Société Centrale Canine si le numéro de LOF n'est pas encore connu :

Nom et prénom du Vétérinaire agréé :

.....

Numéro d'ordre :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Téléphone fixe : **Téléphone mobile :**

Adresse mail :@.....

Vaccins administrés :

.....

.....

.....

Date du prochain rappel des vaccins : / /

BILAN DE SANTÉ ANNUEL DU CHIEN

Observations générales du chien :

- Santé sur le plan physique :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Comportement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Examens complémentaires à prévoir :

.....

.....

.....

Cet animal :

☐

Ne présente pas de contre-indication pour continuer sa formation de futur Chien d'Assistance

☐ **Présente une contre-indication pour continuer sa formation de futur Chien d'Assistance**

☐ **Mise à la retraite du chien conseillé**

☐ **Réforme du chien conseillé pour le ou les motifs suivants :**

.....

.....

.....

.....

Fait à, le / /

Signature et tampon du Vétérinaire agréé