



FORMULAIRE DU DEMANDEUR

PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT DE CHIENS D'ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

À remplir par la personne qui demande à faire partie du programme d'entraînement d'un chien d'assistance psychologique.

Si vous êtes âgés de moins de 18 ans, le formulaire doit être rempli obligatoirement par votre parent/tuteur légal.

Identification du bénéficiaire/demandeur	
Prénom et nom :	Sexe :
Téléphone :	Courriel :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Langue de correspondance :
Contact d'urgence	
Prénom et nom : _____	Téléphone : _____

Identification du parent ou tuteur légal (si applicable)	
Prénom et nom :	Sexe :
Téléphone :	Courriel :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Langue de correspondance :
Adresse :	

Informations sur l'environnement du bénéficiaire	
Adresse : _____	
Ville (Province) Code postal : _____	
<input type="checkbox"/> Maison	
<input type="checkbox"/> Condo	
<input type="checkbox"/> Appartement : # _____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

Êtes-vous :	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire* *Si vous êtes locataire, sans chien actuellement, mais que vous comptez en acquérir un dans le cadre du programme de chien d'assistance, avez-vous l'autorisation du propriétaire de votre résidence en ce qui concerne la présence d'un chien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------	---

Vous vivez :	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec votre famille <input type="checkbox"/> Avec enfant(s). Si oui, âge : _____	<input type="checkbox"/> Avec conjoint(e) <input type="checkbox"/> Avec colocataire(s) <input type="checkbox"/> Autre : _____
--------------	---	---

Personnes qui résident avec le bénéficiaire

NOM	ÂGE	LIEN	EXPÉRIENCE AVEC LES CHIENS (OUI/NON)

État de santé du bénéficiaire

Pour quel(s) diagnostic(s) faites-vous une demande pour le programme d'entraînement de chiens d'assistance psychologique?	<input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique (TSPT) <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété généralisé (TAG) <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC) <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> Trouble de personnalité limite (TPL) <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Agoraphobie <input type="checkbox"/> Autre(s), veuillez préciser : _____ Date du (des) diagnostic(s) : _____
Quels sont vos principaux symptômes?	Précisez : _____ _____ _____ _____
Avez-vous un suivi médical régulier?	<input type="checkbox"/> OUI (veuillez remplir le tableau ci-dessous) <input type="checkbox"/> NON

Équipe traitante du bénéficiaire

NOM	PROFESSION	CONTACT

Consentez-vous, aux fins d'évaluation de votre demande, à ce que Le chien bleu communique avec les membres de votre équipe traitante?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

Animaux

Avez-vous déjà un chien avec qui vous souhaitez suivre le programme?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
--	------------------------------	------------------------------

Nom du chien : _____	Race du chien : _____
----------------------	-----------------------

Âge : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Stérilisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	--	---

Avez-vous d'autres animaux à votre domicile?	<input type="checkbox"/> OUI (Remplir la grille ci-dessous)	<input type="checkbox"/> NON
--	---	------------------------------

NOM	RACE	SEXE (M/F)	ÂGE	STÉRILISÉ (OUI/NON)

Identification de la personne ressource

Par « **personne ressource** », nous entendons une personne, **autre que votre contact d'urgence**, qui saura vous épauler tout au long du processus d'entraînement de votre chien d'assistance. Par exemple, elle pourra vous soutenir de différentes manières, en vous accordant des moments de répit et en vous apportant une aide continue dans le cheminement du programme. De plus, si une situation d'urgence se présente, la personne ressource s'engage à prendre en charge votre chien d'assistance. **Cette personne ressource ne doit pas habiter avec vous.**

Prénom et nom : _____	Téléphone : _____
Courriel : _____	Lien avec cette personne? (Ami, famille, etc.) : _____
Adresse : _____	

Renseignements généraux

<p>Êtes-vous capable de vous déplacer à l'un de nos points de service pour les entraînements toutes les 2 semaines?</p> <p><i>Allez voir lechienbleu.ca pour la liste</i></p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Selon vous, pour quelle(s) raison(s) avez-vous besoin d'un chien d'assistance psychologique?</p>	<p>Précisez : _____ _____ _____</p>
<p>Quelles sont vos attentes par rapport à notre programme et à notre entreprise?</p>	<p>Précisez : _____ _____ _____</p>
<p>À quoi ressemblent vos journées au quotidien (Routine, travail, études, loisirs, rendez-vous, déplacements, moyens de transport, etc.)?</p>	<p>Précisez : _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>

Le chien bleu - Spécialisé dans l'entraînement de chiens d'assistance psychologique et dans les interventions en comportement canin, s'engage à ne divulguer aucune information contenue dans le présent formulaire, à garder ces informations confidentielles et à les utiliser uniquement dans le cadre de ses activités professionnelles.

J'atteste que les informations inscrites dans le formulaire sont véridiques et au meilleur de mes connaissances.

Signature du bénéficiaire

Date (JJ/MM/AAAA)

Signature du parent ou tuteur légal (si applicable)

Date (JJ/MM/AAAA)



info@lechienbleu.ca
www.lechienbleu.ca