 AMI’MO Multi services Siret :88758956200016

32 RUE DE LA TILLAYE 77580 COUTEVROULT

**TEL : 06.86.86.86.16.23** Mail : [amimomultiservices@gmail.com](mailto:amimomultiservices@gmail.com)

**VISITES A DOMICILE**

|  |
| --- |
| PROPRIETAIRE DE L’ANIMAL  Nom Prénom  Adresse de la garde des animaux :  Numéro et rue :  code postal et ville :  Tel : Mail :  Autre personne à prévenir en cas d’urgence  Nom et prénom : Tel : |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | VISITES  DU AU  1VISITE PAR JOUR  (nombre) :  DATES :  2 VISITE PAR JOUR  (nombre) :  DATES :    HEURES SOUHAITÉ :    NOMBRE DECHAT :  NOMBRE DE CHIEN  **Partie réservé à ami’mo multi services**  **TOTAL DES VISITES**  **Acompte à versé (sous 5 jours)**  **RESTE A PAYER :** | |

|  |
| --- |
| LE VÉTÉRINAIRE  Nom :  Adresse :    Tel : |

* Je certifie avoir lu et approuver les conditions général ainsi que les tarifs
* Je certifie l’exactitude des renseignements fournis sur ses 2 feuilles

Le :

SIGNATURE

RENSEIGNEMENTS

**CHATS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CHAT 1** | **CHAT 2** | **CHAT 3** | **CHAT 4** |
| **NOM** |  |  |  |  |
| **AGE** |  |  |  |  |
| **SEXE** |  |  |  |  |
| **RACE** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mettre une croix | OUI | NON | SI IL LE VEUT |
| PEUT IL SORTIR DE LA MAISON EN JOURNÉE ? |  |  |  |
| DOIT ETRE IL RENTRER POUR LA NUIT ? |  |  |  |
| EST IL A JOUR DE SES VACCINS |  |  |  |
| DOIT IL PRENDRE DES MEDICAMENTS  Si oui indiquer le nom des médicaments, la posologie et le mode d’administration dans les consignes et remarque |  |  |  |

**CHIENS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CHIEN 1** | **CHIEN 2** | **CHIEN 3** | **CHIEN 4** |
| **Nom** |  |  |  |  |
| **Age** |  |  |  |  |
| **Sexe** |  |  |  |  |
| **Race** |  |  |  |  |
| **N° D’identification** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mettre une croix | oui | | | non | Si il le veut |
| Doit-il être promené  (en laisse à proximité du logement) | 10mn | 20mn | 30mn |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Peut-il sortir seul de la maison en journée ?  ( dans votre jardin) |  | | |  |  |
| DOIT ETRE IL RENTRER POUR LA NUIT ? |  | | |  |  |
| EST IL A JOUR DE SES VACCINS |  | | |  |  |
| DOIT IL PRENDRE DES MEDICAMENTS  Si oui indiquer le nom des médicaments, la posologie et le mode d’administration dans les consignes et remarque |  | | |  |  |

**PRESTATIONS GRATUITES**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Distribution de nourriture et eau pour 1 ou 2 nacs ( lapin, hamster, poisson, oiseau……) |
|  | Je vous appel au moment de ma visite afin de vous donner des nouvelles en direct. |
|  | Envoyer des photos et donner des nouvelles par mail ou sms dans la journée |
|  | Ouverture /fermeture de vos volets |
|  | Relever votre courrier |
|  | Arrosage de vos plantes d’intérieur |

**CONSIGNES -REMARQUES – HABITUDES**

**Portion des repas, consignes pour les litières, pour la maison, pour vos petits animaux de compagnie, les petits problèmes de santé etc.……**