



## FORMULAIRE DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

*Afin de procéder à l'évaluation de la personne bénéficiaire et de déterminer son éligibilité au programme de chien d'assistance de Les Chiens BLOOM, ce formulaire a pour objectif de recueillir les informations nécessaires avant la rencontre en visioconférence avec un-e intervenant-e en travail social.*

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prenom(s) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse complète du domicile : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU PARENT OU TUTRICE·EUR LÉGAL·E

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Prenom(s) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse complète du domicile : \_\_\_\_\_

Si la personne bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité de prendre en charge l'animal pendant une période indéterminée, serez-vous en mesure de vous occuper du chien d'assistance ? ☐ Oui ☐ Non

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Pronom(s) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse complète du domicile : \_\_\_\_\_

Si la personne bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité de prendre en charge l'animal pendant une période indéterminée, serez-vous en mesure de vous occuper du chien d'assistance ? ☐ Oui ☐ Non

**INFORMATIONS SUR LE MILIEU DE VIE**

Dans quel type de résidence vivez-vous ? ☐ Logement ☐ Condo ☐ Maison

Êtes-vous locataire ou propriétaire ? ☐ Locataire ☐ Propriétaire

Si vous êtes locataire, avez-vous l'**autorisation** du/de la propriétaire de votre résidence concernant la présence du chien d'assistance en formation ? ☐ Oui ☐ Non

*Veillez noter qu'au Québec, les chiens d'assistances ont un droit d'accès aux lieux publics et résidences que lorsqu'ils sont **certifiés**. Par conséquent, l'animal en formation peut se voir refuser l'accès par la-le propriétaire d'une habitation s'il n'a pas eu l'autorisation au préalable.*

Veillez fournir des informations sur les personnes qui résident dans le même domicile que vous, le cas échéant.

| Prénom, Nom | Lien | Âge | Allergie aux animaux                                      |
|-------------|------|-----|-----------------------------------------------------------|
|             |      |     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|             |      |     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|             |      |     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|             |      |     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|             |      |     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Est-ce qu'il y a d'autres personnes allergiques aux animaux dans votre entourage ? ☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, précisez la nature de votre relation et les allergies : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PROFIL DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Quelles sont vos occupations ?

☐ Étudiant·e : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_h

☐ Travailleuse·eur : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_h

☐ Sans emploi      Un retour au travail est-il prévu ?

☐ Oui   ☐ Non

**Si oui**, précisez la période : \_\_\_\_\_

Quels sont vos loisirs et intérêts ? : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

À quelle fréquence visitez-vous des lieux publics actuellement, en dehors de votre environnement de travail ou scolaire, si applicable ? ☐ Pas du tout   ☐ Très peu (1 à 2 fois par mois)   ☐ Modérément (1 à 2 fois par semaine)   ☐ Fréquemment (3 à 4 fois par semaine)   ☐ Assez fréquemment (5 fois ou plus par semaine)

Afin de répondre aux besoins physiologiques du chien, vous devez être en mesure d'assurer des sorties quotidiennes à l'extérieur. En tenant compte de votre niveau d'énergie **actuel**, considérez-vous cela réaliste ?

☐ Oui   ☐ Non   ☐ Je ne sais pas

Quels suivis psychosociaux avez-vous eus par le **passé** en lien avec vos défis actuels ? (Professionnel·le-s, établissement, année de début et de fin du suivi, fréquence) : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Quel·le·s sont les professionnel·le·s faisant partie de votre **équipe traitante actuelle** ?

| Professionnel·le #1                     |  |
|-----------------------------------------|--|
| Prénom et nom                           |  |
| Titre professionnel et numéro de permis |  |
| Numéro de téléphone                     |  |
| Date de début du suivi                  |  |
| Fréquence du suivi                      |  |

| Professionnel·le #2                     |  |
|-----------------------------------------|--|
| Prénom et nom                           |  |
| Titre professionnel et numéro de permis |  |
| Numéro de téléphone                     |  |
| Date de début du suivi                  |  |
| Fréquence du suivi                      |  |

| Professionnel·le #3                     |  |
|-----------------------------------------|--|
| Prénom et nom                           |  |
| Titre professionnel et numéro de permis |  |
| Numéro de téléphone                     |  |
| Date de début du suivi                  |  |
| Fréquence du suivi                      |  |

| Professionnel-le #4                     |  |
|-----------------------------------------|--|
| Prénom et nom                           |  |
| Titre professionnel et numéro de permis |  |
| Numéro de téléphone                     |  |
| Date de début du suivi                  |  |
| Fréquence du suivi                      |  |

Acceptez-vous que Les Chiens BLOOM communique avec votre équipe traitante afin d'évaluer votre admissibilité au programme? ☐ Oui ☐ Non

*Veuillez prendre note que votre demande ne pourra pas être retenue si vous n'avez pas cumulé un minimum de dix (10) mois de suivis psychologiques, psychosociaux et/ou psychoéducatifs au cours des cinq (5) dernières années.*

Avez-vous un dossier auprès de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez votre numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement un traitement médicamenteux ? ☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, pourriez-vous préciser les médicaments ainsi que les doses que vous prenez ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consommez-vous de l'alcool ou des drogues ? ☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, pourriez-vous indiquer la quantité et la fréquence à laquelle vous en consommez ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PROFIL DU CHIEN

**Si seulement vous avez déjà un chien que vous souhaitez faire évaluer** afin qu'il devienne chien d'assistance, veuillez remplir les informations suivantes :

Nom du chien : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Race : \_\_\_\_\_

Contexte d'adoption : ☐ Élevage : \_\_\_\_\_ ☐ Refuge : \_\_\_\_\_ ☐ Particulier

*Un délai de trois (3) mois peut être exigé pour un chien adopté en refuge ou par un particulier, âgé de plus de cinq (5) mois, afin de lui permettre de bien s'adapter à son nouvel environnement avant l'évaluation comportementale.*

Poids : \_\_\_\_\_ lbs      Hauteur (garrot) : \_\_\_\_\_ po

*Nous acceptons les chiens pesant au moins 25 livres OU mesurant un minimum de 15 pouces au garrot à l'âge adulte. Pour les chiots, l'un de ces critères devra être atteint à maturité.*

Est-ce que le chien est destiné à la reproduction ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous l'unique propriétaire de l'animal? ☐ Oui ☐ Non **Si non**, précisez : \_\_\_\_\_

Identifiez les qualités de votre chien : \_\_\_\_\_

---

---

---

Repérez les comportements ou attitudes à travailler chez votre chien: \_\_\_\_\_

---

---

---

Avez-vous déjà fait appel à un-e intervenant-e canin-e pour travailler avec votre chien? Si oui, précisez le ou les noms des professionnel-le-s consulté-e-s ou les écoles fréquentées, ainsi que les méthodes d'entraînement utilisées (outils ou techniques) : \_\_\_\_\_

---

---

---

Comment votre chien se comporte-t-il lorsqu'il est seul à la maison? (Ex. : aboie, détruit des objets, reste calme, dort) : \_\_\_\_\_

---

Votre chien a-t-il déjà montré des signes de protection de ressources (ex. : jouets, nourriture) comme figer, fuir ou grogner ? Si oui, envers qui et à quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

---

---

Quelle est la réaction habituelle de votre chien lorsqu'une personne inconnu-e s'approche de lui? (Ex. : reste à distance, s'approche avec curiosité, s'excite, aboie) : \_\_\_\_\_

---

---

Votre chien est-il déjà sorti dans des lieux publics? Si oui, comment réagit-il dans ces environnements? (Ex. : s'excite, explore en reniflant, reste calme, observe attentivement) : \_\_\_\_\_

---

---

Votre chien a-t-il déjà été en contact avec des enfants? Si oui, décrivez sa réaction et son comportement dans ces situations (Ex. : doux, curieux, réservé, joueur) : \_\_\_\_\_

---

---

Votre chien a-t-il déjà interagi avec d'autres chiens? Si oui, comment réagit-il généralement face à eux? (Ex. : joueur, observe à distance, indifférent, réactif) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres animaux au domicile ? ☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, précisez leurs espèces et âges : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SIGNATURE

Je, soussigné-e, déclare avoir répondu aux questions **au meilleur de mes connaissances et en toute honnêteté**.

Je m'engage à envoyer les formulaires à l'adresse **chiensbloom@gmail.com** et à programmer l'analyse de mes documents via le lien suivant : <https://www.leschiensbloom.ca/reservation>.

Je comprends que cette analyse **ne garantit pas l'admission au programme** et je confirme avoir **pris connaissance des critères d'éligibilité** disponibles sur le site web.

\_\_\_\_\_  
Signature de la-du bénéficiaire ou de la-du tuteur-trice-ur légal-e

\_\_\_\_\_  
Date