

Formulaire d'inscription – À remplir par les autorités municipales

SVP, écrire en lettres moulées.

MUNICIPALITÉ

Nom de la Municipalité	Nom du Maire
Adresse	Code postal
Téléphone	Télécopieur
Courriel (Municipalité)	Courriel (autre)
Nom de l'Officier de la Sécurité Publique (PSO ou BLO)	Téléphone et/ou Courriel
Nom du vaccinateur local #1, désigné et payé par la Municipalité	Téléphone et/ou Courriel
Nom du vaccinateur local #2, désigné et payé par la Municipalité	Téléphone et/ou Courriel
Nom du responsable du contrôle des chiens errants	Téléphone et/ou Courriel
Lieu de la Clinique de vaccination et Responsable	Téléphone et/ou Courriel

QUESTIONNAIRE

- Dans votre municipalité, désirez-vous faire vacciner les chiens dans le cadre du *Programme d'aide tech. aux communautés nordiques pour la protection des chiens contre la rage*? Oui Non
- Nombre d'animaux à vacciner au total : _____
- Que faites-vous actuellement pour contrôler les chiens errants? _____

- Commentaires et suggestions : _____

Signature	Fonction
Prénom et nom (en lettres moulées)	Année / Mois / Jour

SVP, faire parvenir ce formulaire par télécopieur au 418-380-2201 ou par courriel à animaux@mapaq.gouv.qc.ca
Pour information, composer 1-844-ANIMAUX (1-844-264-6289).