

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](mailto:animaux@mapaq.gouv.qc.ca)  
Pour information, composer 1-844-ANIMAUX (1-844-264-6289).