



PROGRAMME DE SOINS AUX ÉQUIDÉS

Canada Équestre

LISTE DE COORDONNÉES DES CLIENT(E)S

Correspond à l'exigence 12.1

Client(e) :

Nom: _____

Nom(s) du cheval ou des chevaux) :

Téléphone : _____

Courriel : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien avec le (la) client(e) : _____

Téléphone : _____

Services vétérinaires :

Ce(tte) client(e) a recours aux services du (de la) vétérinaire traitant(e). Veuillez communiquer avec cette personne en cas d'urgence.

OU

Ce(tte) client(e) a recours aux services de :

Nom du (de la) vétérinaire du (de la) client(e) :



Nom de la clinique/de l'entreprise : _____

Adresse de la clinique/de l'entreprise :

Téléphone : _____

Courriel : _____

En cas d'urgence (ex. : maladie ou blessure), si une opération du cheval ou des chevaux du (de la) client(e) est nécessaire, le (la) client(e) donne la permission de procéder comme recommandé par un(e) vétérinaire :

Remarque : Cette permission n'est applicable que si on ne peut rejoindre rapidement le (la) client(e) ou la personne à contacter en cas d'urgence.

Oui

Non

Services de maréchalerie :

Nom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Assurances (le cas échéant) :

Nom de la compagnie d'assurance du (de la) client(e):

Téléphone : _____

Courriel : _____