



CAT SEASON  
HÔTEL POUR CHATS



SIRET n°38148045800029

375 rue des maillettes - 71960 DAVAYE  
Tel : 06 87 47 17 72  
Email : [cat-season@orange.fr](mailto:cat-season@orange.fr)  
Site internet : [www.](http://www.cat-season.com)

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS CHAT**

### **Identité du propriétaire :**

Nom et Prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone :..... Mail :.....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :.....

.....

### **Identité du chat pensionnaire :**

Nom :.....

Identification \* : tatouage    puce électronique

Numéro d'identification :.....

Race :..... Date de naissance :...../...../.....

Sexe \* : mâle    femelle

Nom du vétérinaire :..... Téléphone :.....

### **Mieux connaître le chat pensionnaire :**

**Son milieu de vie \*** : exclusivement à l'intérieur    exclusivement à l'extérieur    intérieur/extérieur

### **Ses préférences alimentaires :**

-Croquettes \* : à volonté    ou quantité par jour :.....

-Aliment humide : quantité par jour :.....

-Fréquence \* : matin    midi    soir

### **Son comportement :**

-Se laisse t'il approcher et caresser par un étranger en votre absence \* :

pas du tout    un peu sans certitude    sans problème

Remarques :.....

.....

-Est-il \* : joueur    craintif    timide    agressif

Remarques :.....

.....

-Est-ce qu'il mord \* :

souvent    un peu    pas du tout

-Est-ce qu'il griffe \* :

souvent    un peu    pas du tout

-Est-ce qu'il se laisse porter \* :

jamais    parfois    souvent

-Ce qu'il aime particulièrement (câlins, caresses, jeux etc...) :

.....  
.....  
.....

-Ce qu'il n'aime pas du tout :

.....  
.....  
.....

-Est-ce sa première pension \* : oui non

Si non comment s'est passé son précédent séjour :

.....

-A-t-il vécu des événements traumatisants :

.....  
.....  
.....

#### **Santé du chat :**

-Stérilisé / castré \* : oui non (obligatoire si plus de 6 mois)

-Vaccins à jour \* : Typhus Coryza Leucose

-Testé FIV / FELV \* : négatif positif

-Votre chat a t'il une maladie ou allergie chronique \* : oui non

Si oui laquelle :

.....

-Votre chat est-il actuellement sous traitement \* : oui non

Si oui lequel :

.....

-Se laisse t-il administrer son traitement :

.....

-Quelles sont les choses les plus importantes pour vous concernant son séjour :

.....  
.....  
.....

**Je déclare exactes les informations portées sur cette fiche de renseignements.**

DAVAYE , le :...../...../.....

Signature du propriétaire :