

**REGISTRE DES VISITES - CHIEN UTILISÉ À DES FINS THÉRAPEUTIQUES**

Nom du bénévole : _____ Tél. : _____

Nom du chien : _____ Race/Croisement : _____

Nom de l'organisme (*un formulaire par organisme*) : _____

Personne à contacter pour l'organisme : _____ Poste : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Courriel : _____

VISITES	DATE	HRE D'ARRIVÉE	HRE DE DÉPART	MEMBRE DU PERSONNEL (nom en lettres moulées)	POSTE	SIGNATURE (membre du personnel)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

REGISTRE DES VISITES - CHIEN UTILISÉ À DES FINS THÉRAPEUTIQUES - Page 2

Nom du bénévole : _____ Nom du chien : _____

Nom de l'organisme auprès duquel vous êtes enregistré/certifié : _____

VISITES	DATE	HRE D'ARRIVÉE	HRE DE DÉPART	MEMBRE DU PERSONNEL (nom en lettres moulées)	POSTE	SIGNATURE (membre du personnel)
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						