ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

ORDRE NATIONAL DES VÉTÉRINAIRES

Formulaire de déclaration en Mairie pour un chien ayant mordu une personne(1)

Déclarant

Médecin ☐ Vétérinaire ☐ autre ☐ :

Nom : ou tampon professionnel

Adresse :

Téléphone :

Envoyé : par courrier ☐ Télécopie ☐ Courriel ☐ Dépôt ☐

A la Mairie* de :

**La mairie concernée est celle du détenteur du chien*
A défaut, la Mairie du lieu de la morsure

Localité du lieu de la morsure :

Date du prochain rendez-vous :

Date : Signature :

Identification du détenteur du chien ☐ Inconnue ☐

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Identification du Chien ☐ Inconnue ☐

Nom :

Race, sexe, âge :

Numéro de puce ou tatouage :

Identification de la personne mordue (le cas échéant)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

J'autorise la communication de mes coordonnées à la Mairie de :

Date : Signature de la personne mordue :

(1) Garder une copie de cette déclaration dans le dossier du patient