**FICHE 1 : DOSSIER ADMINISTRATIF ET FAMILIAL**

1. **Informations générales**

Complétez TOUTES les parties de ce formulaire. Nous ne pourrons poursuivre le processus de demande si le formulaire est incomplet. **COMPLETEZ POUR LE BENEFICIAIRE**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du bénéficiaire**  |   |  |
| **Date de naissance**  |   | **Sexe**  |   Masculin  Féminin |
| **Nom des parents**  |   |  |
| **Adresse**  |     |  |
| **Code Postal**  |   | **Ville**  |   |
| **Pays**  |   | **Téléphone**  |   |
| **Mail**  |   |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lange de communication**  |   **Français** :  parlé  écrit  **Italien** :  parlé  écrit  **Anglais** :  parlé  écrit  **Espagno**l :  parlé  écrit   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comment avez-vous entendu parler de la Fondation Frédéric Gaillanne**      |           |

**NOTE** : Toute future correspondance se fera électroniquement à l’adresse courriel que vous avez fournie ci-dessus. Si vous désirez être contacté par un autre moyen, cochez la case ci-dessous et indiquez nous de quelle façon vous souhaitez être contacté.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Autre correspondance**    |       |

1. **Environnement quotidien**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dans quel milieu vivez-vous ?**    |   Milieu familial  Autre (précisez) : ………………………………………………………………………………..   |

Remplissez le tableau ci-après si plusieurs personnes vivent sous le même toit que vous.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM**  | **Lien**  | **Age**  | **Emploi**  | **Allergies**  | **Handicaps**  | **Expérience avec les chiens**  |
|   |   |   |   |   |   |  Oui  Non  |
|   |   |   |   |   |   |  Oui  Non  |
|   |   |   |   |   |   |  Oui  Non  |
|   |   |   |   |   |   |  Oui  Non  |
|   |   |   |   |   |   |  Oui  Non  |
|   |   |   |   |   |   |  Oui  Non  |

1. **Résidence**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dans quel milieu vivez-vous ?**  |  Urbain  Banlieue  Rural  |
| **Type d’habitation**      |   Appartement  Maison  Autre : ………………………………………………………..   |
| **Avez-vous un terrain clôturé ?**  |  Oui  Non  |
| **Si non, seriez-vous en mesure d’aménager un espace clôturé ?**  |  Oui  Non  |

1. **Transport**

|  |
| --- |
| **Veuillez cocher les modes de transport que vous utilisez fréquemment** (Cochez toutes les options qui vous concernent)   |
|  * Autobus  Train  Métro  Voiture  Avion
* Véhicule adapté (décrire) : ……………………………………………………………………………………………………………….
 |
|  **Veuillez cocher les modes de transport que vous utilisez occasionnellement** (Cochez toutes les options qui vous concernent)   |
| * Autobus  Train  Métro  Voiture  Avion
* Véhicule adapté (décrire) : ……………………………………………………………………………………………………………….
 |
|  **Vous n’utilisez aucun mode de transport**  |

1. **Animaux de compagnie**

Veuillez énumérer tous les animaux de compagnie qui vivent actuellement dans votre maison.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’animal (chien, chat, oiseau, etc.)**  | **Race** **(pour les chiens)**  | **Age**  | **Nom**  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Veuillez énumérer les chiens que vous avez eus dans le passé.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Race**  | **Années vécues**  | **Race**  | **Années vécues**  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Est-ce que le bénéficiaire aime les chiens ?**  |  Oui  Non  |
| **Est-ce que le bénéficiaire a peur des chiens ?**  |  Oui  Non  |
| **Est-ce qu’un des membres de votre famille n’aime pas ou a peur des chiens ?**  |  Oui  Non  |
| **Est-ce qu’un des membres de votre famille est allergique aux chiens ?**  |  Oui  Non  |
| **Est-ce que toute votre famille accepte l’arrivée d’un chien ?**  |  Oui  Non  |
| **Considérez-vous bien connaître les chiens ?**  |  Oui  Non  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avez-vous déjà eu un chien d’éveil, d’assistance ou de travail?**  |  Oui  Non  |
| **Si oui, où a t-il été entrainé ?**  |   |
| **Pouvons-nous contacter cette école ?**  |  * Oui  Tél. : ………………………………………..
* Non
 |
| **Nombre d’années de service**  |   |
| **Raison(s) de la retraite**  |       |

1. **Environnement scolaire** (si applicable)

|  |  |
| --- | --- |
| **Est-ce que le bénéficiaire fréquente l’école ?**    |   Maternelle  Classe ordinaire Classe intégrée Programme spécialisé   |
| **Temps plein**  |  h/semaine  | **Temps partiel**  |  h/semaine  |
| **Dans quelle classe est le bénéficiaire ?**  |   |
| **Nom de l’école**  |   |  |
| **Adresse**  |   |  |
| **Code Postal**  |   | **Ville**  |   |  | **Pays**  |   |
| **Est-ce que le bénéficiaire a un auxiliaire de vie (AVS)?** |  |  Oui  Non  |

1. **Environnement professionnel des parents**

|  |  |
| --- | --- |
| **Est-ce qu’un des parents travaille à domicile ?**  |  Oui  Non  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’employeur du père**  |   |  |
| **Adresse**  |   |  |
| **Code Postal**  |   |  | **Ville**  |   | **Pays**  |   |
| **Métier**  |   |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’employeur de la mère**  |   |  |
| **Adresse**  |   |  |
| **Code Postal**  |   |  | **Ville**  |   | **Pays**  |   |
| **Métier**  |   |  |  |