PLAN CANICULE

L'inscription concerne

Nom :

_____

Prénom : _____

Date de naissance :_____ Age :_____

Numéro de téléphone : _____

Adresse précise : _____

Situation de Famille : Isolée ☐ Couple ☐ En famille ☐

Enfant(s) : oui ☐ non ☐ si oui : A proximité ☐ Eloigné(s) ☐

Difficultés particulières à :

L'isolement ☐ Au domicile ☐ Aux déplacements extérieurs ☐

Autres, précisez : _____

_____

Médecin Traitant :

_____

Téléphone : _____

Personne(s) à prévenir :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Lien de parenté : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Lien de parenté : _____

Bulletin rempli par :

L'intéressé Autre

Si autre, précisez : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Qualité : _____