

FICHE DE RECENSEMENT EN CAS D'ALERTE CANICULE DECLENCHEE PAR LA PREFECTURE

A RETOURNER AVANT LE 10 JUILLET 2016

AU CCAS – HOTEL DE VILLE – 11 RUE SADI CARNOT 59320 HAUBOURDIN

Etat civil – Chef de famille

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ Téléphone _____

Adresse _____

59320 HAUBOURDIN

Etes vous atteint(e) d'une maladie ou d'un handicap particulier (facultatif)

Coordonnées du médecin traitant

Etat civil – Conjoint

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Etes vous atteint(e) d'une maladie ou d'un handicap particulier (facultatif)

Si vous bénéficiez de l'intervention d'un service d'aide à domicile merci de nous indiquer ses coordonnées

Si vous envisagez de vous absenter durant la période de juillet à septembre, merci de nous indiquer les dates

Coordonnées du médecin traitant

Personne à joindre en cas d'urgence (y compris sur le lieu de vacances)

Nom et Prénom _____ Parenté/lien _____

Adresse _____

Téléphone fixe et téléphone mobile _____ / _____

Nom et Prénom _____ Parenté/lien _____

Adresse _____

Téléphone fixe et téléphone mobile _____ / _____

Nom et Prénom _____ Parenté/lien _____

Adresse _____

Téléphone fixe et téléphone mobile _____ / _____