PLAN DEPARTEMENTAL CANICULE

FICHE D'INSCRIPTION

VOUS

NOM : **PRENOM :** **Date de naissance :**

VOTRE CONJOINT

NOM : **PRENOM :** **Date de naissance :**

Adresse :

N° : **Rue :**

Code Postal : **COMMUNE :**

Tél. :

FAMILLE OU PROCHES A PREVENIR	
NOM : **Tél. :**	**NOM :** **Tél. :**
NOM : **Tél. :**	**NOM :** **Tél. :**
MEDECIN TRAITANT	**MEDECIN SPECIALISTE**
NOM : **Tél. :**	**NOM :** **Tél. :**
INFIRMIERE	**SOINS A DOMICILE**
NOM : **Tél. :**	**NOM :** **Tél. :**
AIDE MENAGERE	**GARDE A DOMICILE**
NOM : **Tél. :**	**NOM :** **Tél. :**

Selon la loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations figurant sur ce document sont strictement confidentielles et ne peuvent être communiquées à des tiers.

Date :

Signature précédée de la mention

"Lu et approuvé"