



FICHE À RETOURNER À LA MAIRIE

NOM :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :Port.....

Adresse :

Personne de votre entourage à contacter (Adresse + numéro de téléphone) :

.....

Nom et numéro de téléphone du Médecin traitant

.....

Coordonnées du service intervenant à votre domicile (Exemple ADMR ou autres)

Je demande à figurer sur la liste des personnes âgées, isolées, handicapées et fragiles qui seront contactées en priorité en cas d'alerte « Sécheresse », « Sanitaire » ou « Climatique ».

Date et Signature,