LA MONTAGNE
LOIRE-ATLANTIQUE

PLAN DEPARTEMENTAL CANICULE

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : PRENOM : Date de naissance :

NOM : PRENOM : Date de naissance :
DU CONJOINT

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. :

Date :
Signature précédée de la mention
" Lu et approuvé "