

COUPON À RETOURNER À LA MAIRIE DE CLAPIERS

RECENSEMENT DES PERSONNES ISOLÉES

(NOTAMMENT + DE 65 ANS)

Autorise la Commune à m'inscrire

Demande à la Commune d'inscrire la personne ci-dessous mentionnée

Nom : Prénom :

Date, lieu de naissance ou âge :

Adresse :

① Téléphone fixe : ① Portable :

Médecin traitant : Dr

Service Téléalarme (renseignements en Mairie) : OUI NON

Service à domicile : OUI (lequel :) NON

INFORMATIONS PARTICULIÈRES :

Personnes à prévenir en cas de besoin

Nom : Prénom :

Adresse :

① Privé : ① Portable :

① Professionnel :

Lien de parenté :

Nom : Prénom :

Adresse :

① Privé : ① Portable :

① Professionnel :

Lien de parenté :

