

3. PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Nom :Prénom :

Adresse :

Téléphone :

4. SI LE BULLETIN EST REMPLI PAR UN TIERS POUR LE BENEFICIAIRE, VEUILLEZ PRECISER VOS COORDONNEES :

M. Mme Melle

Nom :Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Agissant en qualité de :

Représentant légal

Service d'aide à domicile ou service de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant

Autre : (Merci de préciser)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans la présente demande.

Je suis informé (e) qu'il m'appartient de signaler aux services municipaux toutes modifications concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte canicule.

Fait à Touques, le

Signature obligatoire