

## PLAN DEPARTEMENTAL CANICULE

<b>FICHE D'INSCRIPTION</b>
----------------------------

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. :
<b>MEDECIN TRAITANT</b>	<b>MEDECIN SPECIALISTE</b>
NOM : Tél. :	NOM : Tél. :
<b>INFIRMIERE</b>	<b>SOINS A DOMICILE</b>
NOM : Tél. :	NOM : Tél. :
<b>AIDE MENAGERE</b>	<b>GARDE A DOMICILE</b>
NOM : Tél. :	NOM : Tél. :

Date :

Signature précédée de la mention

" Lu et approuvé "