

Médecin traitant

NOM : Téléphone :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (veiller à les tenir informées de votre demande)

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Précisez le lien (parents/amis/voisins)

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Précisez le lien (parents/amis/voisins)

En cas de déclenchement du plan, le service vous contactera au moyen d'un téléphone fixe ou portable.

Merci de nous indiquer vos dates d'absences prévues sur la période de juillet/août

JUILLET	
AOÛT	

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 toute modification concernant ces informations, aux fins de mettre à jour les données permettant de me contacter en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Fait à Le

Signature