

Communauté Haute-Provence Pays de Banon

IMPORTANT : Toutes modifications de cette fiche doivent être immédiatement communiquées soit par courrier à la COMMUNAUTE HAUTE-PROVENCE PAYS DE BANON - Mairie de MANE, Place de l'Eglise - 04 300 MANE ; soit par téléphone au : 04.92.75.04.13

FICHE DE SOLIDARITE

NOM et Prénom _____
Date de Naissance / ____ / ____ / ____ / Groupe Sanguin _____
Etat de Santé (le plus précis possible) _____
Adresse (Faire un PLAN D'ACCES au dos) _____
Code Postal _____ Commune _____
Numéro de Téléphone _____

Vivez-vous seul ? OUI NON
Si NON, NOM et Prénom du Conjoint _____
Date de Naissance / ____ / ____ / ____ / Etat de santé : _____

PERSONNE DE LA FAMILLE A CONTACTER (si vous souhaitez également que cette personne soit appelé(e) en solidarité veuillez l'inscrire à nouveau dans le réseau de solidarité ci-dessus)

NOM et Prénom : _____
Adresse _____
Code Postal _____ Commune _____
Numéro de Téléphone _____

RESEAU DE SOLIDARITE

SOLIDARITE 1 NOM et Prénom _____ Qualité _____ Adresse _____ Code Postal _____ Commune _____ N° Tél. Domicile _____ N° Tél. Trav/ Port _____	Après avoir pris connaissance de la note destinée aux solidarités. Lu et Approuvé + Signature
SOLIDARITE 2 NOM et Prénom _____ Qualité _____ Adresse _____ Code Postal _____ Commune _____ N° Tél. Domicile _____ N° Tél. Trav/Port _____	Après avoir pris connaissance de la note destinée aux solidarités. Lu et Approuvé + Signature
SOLIDARITE 3 NOM et Prénom _____ Qualité _____ Adresse _____ Code Postal _____ Commune _____ N° Tél. Domicile _____ N° Tél. Trav/Port _____	Après avoir pris connaissance de la note destinée aux solidarités. Lu et Approuvé + Signature
SOLIDARITE 4 NOM et Prénom _____ Qualité _____ Adresse _____ Code Postal _____ Commune _____ N° Tél. Domicile _____ N° Tél. Trav/ Port _____	Après avoir pris connaissance de la note destinée aux solidarités. Lu et Approuvé + Signature

MEDECIN TRAITANT

NOM et Prénom _____
Code Postal _____ Commune _____
N° Tél. Travail _____ N° Tél. Domicile/Portable _____

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis, donne mon autorisation pour les enregistrements sur fichiers informatiques et pour les diffuser auprès des intervenants du centre d'écoute et les pompiers.

Fait à _____ le _____

Signature de l'abonné (e) précédée de la mention « Lu et Approuvé »