DEMANDE D'INSCRIPTION

AU PLAN CANICULE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :.....

Adresse : .....

N° de téléphone fixe : .....

Portable : .....

Médecin traitant : .....

Cabinet infirmier : .....

Service d'aide à domicile : .....

Personne·s de confiance à contacter (enfants, voisins, famille, amis...)

Nom / Prénom	Téléphone	Lien

Mention de votre période d'absence entre le 01 juin et le 15 septembre 2026 (vacances, hospitalisation, maison de repos...)