

CANICULE

Talon d'inscription à renvoyer au **CPAS** - rue de l'Église, 22 - 4870 TROOZ - Tél. 04 351 93 02

NOM :

ADRESSE :

TÉL. :

ISOLÉ(E) : OUI* - NON*

* Biffer la mention inutile

DATE DE NAISSANCE :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
PARTICULIERS :

PERSONNE À CONTACTER
EN CAS DE PROBLÈMES :

NOM :

TÉL.

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

TÉL.

