



PLAN CANICULE 2025

Coupon d'inscription

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Qualité de la personne :

- ☐ Personnes de plus de 65 ans
- ☐ Personnes de plus de 60 ans reconnues inapte au travail
- ☐ Personnes handicapées

Adresse : _____

Tél : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (le cas échéant) :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Nom du médecin traitant : _____

Désire m'inscrire, en cas de canicule, sur le registre prévu à cet effet.

Fourmies, le _____

Signature