



FICHE SANITAIRE POUR LA PERIODE ESTIVALE

(à remettre en Mairie)

NOM..... PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE..... AGE.....

TELEPHONE FIXE..... PORTABLE.....

ADRESSE.....

..... 59710 MERIGNIES

Coordonnées de votre médecin traitant et des personnes intervenant régulièrement à votre domicile

-
.....

-
.....

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

-
.....

-
.....

Vous pouvez nous dire si vous vivez seul(e) et/ou si vous recevez régulièrement de la visite