

RECENSEMENT DES PERSONNES VULNÉRABLES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : 📞

Adresse mél :

Médecin traitant : Dr

Téléphone : 📞

Indiquer si possible la nature de la vulnérabilité :

.....

.....

.....

.....

Personne à prévenir en cas de besoin

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : 📞

Adresse mél :

COUPON À RETOURNER A LA MAIRIE DE CLAPIERS
Police municipale



