

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Situation familiale : .....

Adresse : .....  
17740 Sainte-Marie de Ré

Tél portable : ..... Tél domicile : .....  
Répondeur tél au domicile :  oui  non

**En cas d'urgence, personne(s) à prévenir :**

NOM	PRÉNOM	ADRESSE COMPLÈTE	N° TÉL

Domicile climatisé  oui  non

Votre médecin traitant (nom et n° tél) : .....

Problèmes de santé éventuels : .....

**Réseau d'intervenants à domicile :**

INTITULÉ	OUI	NON	NOM	N° TÉL
<b>Service d'Aide à domicile</b>				
<b>Infirmier / infirmière</b>				
<b>Téléassistance</b>				
<b>Autre :</b>				

Je soussigné(s)..... déclare souhaiter que les renseignements ci-dessus soient recueillis par la **Commune de Ste Marie de Ré** dans le cadre d'opérations de recensement des personnes vulnérables des plans d'alertes canicules, grands froids..., et des instructions préfectorales qui s'y rapportent.

**J'ai bien noté que ces données pourront être mises à disposition du préfet de Charente-Maritime en cas de déclenchement du plan d'alerte.**

Fait à Sainte-Marie de Ré, le ..... Signature

A envoyer à la Mairie de Sainte-Marie de Ré  
32 rue de la République - CS 20010 - 17740 Sainte-Marie de Ré  
Tél : 05 46 30 21 24 - Mail : [accueil@saintemariedere.fr](mailto:accueil@saintemariedere.fr)