



PLAN D'ALERTE ET D'URGENCE FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A retourner à la Mairie d'Orschwihr
11 Rue de Soultzmatt - 68500 ORSCHWIHR

Vous êtes une :

- Personne de plus de 65 ans
 Personne de plus de 60 ans, reconnue inapte au travail
 Personne adulte en situation de handicap
 Tierce personne (son représentant légal, parent, voisin, médecin traitant...) Nom, prénom, qualité et coordonnées : _____

PERSONNE(S) CONCERNEE(S)

	Demandeur	Conjoint
Nom Nom de naissance		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone fixe	__ / __ / __ / __ / __	
Téléphone portable	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

	Premier contact	Second contact
Nom - Prénom		
Lien de parenté (famille, voisin...)		
Adresse		
Téléphone fixe	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
Téléphone portable	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __

SERVICES ET/OU PERSONNES INTERVENANT REGULIEREMENT A DOMICILE :

	NOM	Numéro de téléphone
Aide à domicile		__ / __ / __ / __ / __
Médecin traitant		__ / __ / __ / __ / __
Infirmier, Aide-soignant...		__ / __ / __ / __ / __
Autres		__ / __ / __ / __ / __

Orschwihr, le / __ / __

Signature