



DEMANDE DE SECOURS DES PERSONNES SOURDES OU MALENTENDANTES

(ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR EN LETTRES CAPITALES)



NOM : _____

PRÉNOM : _____

☎ / FAX : _____ MOBILE : _____ LIEU-DIT : _____

N° _____ RUE : _____ VILLE : _____

IMMEUBLE : _____ ÉTAGE : _____ LOGEMENT : _____ CODE D'ACCÈS : _____

COURRIEL (MAIL) : _____

TELEPHONE DE LA FAMILLE : _____ TELEPHONE D'UN(E) VOISIN(E) : _____

SAPEURS- POMPIERS Fax : 02 37 33 32 41	INCENDIE <input type="checkbox"/> 	FUITE DE GAZ <input type="checkbox"/> 	INCONSCIENT <input type="checkbox"/> 	MALAISE <input type="checkbox"/> 	ENCEINTE / ACCOUCHEMENT <input type="checkbox"/> 
	INONDATION <input type="checkbox"/> 	EXPLOSION <input type="checkbox"/> 	PERSONNE BLESSÉE <input type="checkbox"/> 	ÉTOUFFEMENT <input type="checkbox"/> 	
GENDARME Fax 17	VOLEUR <input type="checkbox"/> 	AGRESSION <input type="checkbox"/> 	VIOLENCES / DISPUTES <input type="checkbox"/> 		ENLEVEMENT / DISPARITION <input type="checkbox"/> 

Commentaire : _____