



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) : _____

<p>SAPEURS- POMPIERS</p> <p>Fax : 02 37 33 32 41</p>	<p>INCENDIE <input type="checkbox"/></p> 	<p>FUITE DE GAZ <input type="checkbox"/></p> 	<p>INCONSCIENT <input type="checkbox"/></p> 	<p>MALAISE <input type="checkbox"/></p> 	<p>ENCEINTE / ACCOUCHEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> 
	<p>INONDATION <input type="checkbox"/></p> 	<p>EXPLOSION <input type="checkbox"/></p> 	<p>PERSONNE BLESSÉE <input type="checkbox"/></p> 	<p>ÉTOUFFEMENT <input type="checkbox"/></p> 	
<p>Chartres, Champhol, Le Coudray, Lèves, Mainvilliers, Luisant et Lucé.</p> <p>POLICE NATIONALE</p> <p>Fax : 02 37 24 75 03</p>	<p>VOLEUR <input type="checkbox"/></p> 	<p>AGRESSION <input type="checkbox"/></p> 	<p>VIOLENCES / DISPUTES <input type="checkbox"/></p> 		<p>ENLEVEMENT / DISPARITION</p> <p><input type="checkbox"/></p> 

Commentaire : _____