



**DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LE REGISTRE
COMMUNAL DU PLAN CANICULE**

Document à retourner au :

CCAS
Centre Multi Service
14 Avenue de la Mairie
64250 CAMBO LES BAINS
Tél. : 05.59.93.50.76

Nom & prénom : 1ère personne :date de naissance :

2ème personne :date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Adresse :
.....

Personne(s) de votre entourage que nous pourrions contacter :

1ère personne..... Téléphone :

2ème personne..... Téléphone :

Médecin traitant :

Observations éventuelles (difficulté particulière, absence prévue ..) :

.....
.....
.....
.....

Lu et approuvé, le.....

Signature :

Toutes les informations recueillies dans ce dispositif restent confidentielles,elles seront diffusées, le cas échéant, à la Préfecture, aux services sociaux ou de santé. Vous pouvez, à tout moment, sur simple demande écrite, vous retirer de ce dispositif.