

Nécessité de disposer d'électricité pour raisons médicales

Fiche d'identification individuelle à compléter (avec son médecin généraliste)

Nom	Prénom
Adresse	
Numéro de téléphone fixe:	Numéro de téléphone portable (GSM) :
Date de naissance:	Sexe :
Appareil électrique indispensable pour des raisons de santé (type d'appareil)	
Appareil utilisé en permanence :	
Appareil utilisé par « période » : (indiquer la périodicité)	
Nombre d'heures d'autonomie sans électricité :	
Si vous êtes <u>prévenu la veille</u> d'une éventuelle coupure de courant :	
<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous la possibilité de vous rendre chez des proches (famille-amis-...) ? oui / non- Avez-vous la possibilité de vous rendre dans un centre d'accueil ? oui / non	
Remarques :	
En cas de coupure de courant inopinée	
<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous la possibilité de vous rendre chez des proches (famille-amis-...) ? oui / non- Avez-vous la possibilité de vous rendre dans un centre d'accueil ? oui / non	
Remarques :	
Autres remarques :	