

## VOS COORDONNÉES

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

## PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN (facultatif) :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Lien avec vous : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

## COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

Nom du médecin traitant : .....  
Commune : .....  
Téléphone : .....  
Informations médicales que vous jugez utiles de nous transmettre : .....  
.....  
.....

## PERSONNE AYANT EFFECTUÉ LA DÉMARCHE :

Formulaire rempli par la personne concernée : oui - non (rayez la mention inutile)

Si la démarche a été faite par une autre personne, merci d'indiquer le nom, prénom et le lien avec la personne concernée : .....  
.....  
.....

Lieu, date :

Signature :

*Les informations sur ce formulaire resteront strictement confidentielles en Mairie.  
Les personnes ont la possibilité de se désinscrire à tout moment par simple notification.*

# INFORMATIONS ET CONTACTS UTILES

## En cas de malaise :

→ composez le 15 (SAMU)  
ou le 114, pour les personnes ayant des  
difficultés à parler ou à entendre

## Mairie de Tinténac :

→ tel : 02 99 68 18 68  
→ mail : [accueil@tinteniacy.fr](mailto:accueil@tinteniacy.fr)

## Adjointe Affaires Sociales / CCAS :

→ [gijot.stephanie@tinteniacy.fr](mailto:gjot.stephanie@tinteniacy.fr)

## Plateforme téléphonique CANICULE :

→ appel gratuit : 0 800 06 66 66  
de 9h à 19h, depuis un poste fixe

## Information Coronavirus / Covid-19 :

→ appel gratuit : 0 800 130 000  
24h/24, 7j/7