



FACHES-THUMESNIL

FICHE DE LIAISON ADMINISTRATIVE
CCAS/SERVICES DE SECOURS/HÔPITAUX

LA BOX ET MOI ! LA PETITE BOÎTE QUI PEUT ME SAUVER LA VIE !

LE BÉNÉFICIAIRE

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse (N° - Voie - Lieu-dit...) :

Code postal : 59 155 Faches-Thumesnil

Téléphone : Fixe :

Portable:

Email :

Numéro de sécurité sociale :

Nom et numéro de Mutuelle :

PERSONNES À PRÉVENIR

Nom :

Prénom :

Adresse (N° - Voie - Lieu-dit...) :

Code postal :

Lien de parenté :

Téléphone : Fixe :

Portable:

Email :

Renseignements complémentaires :

PERSONNES À PRÉVENIR

Nom :

Prénom :

Adresse (N° - Voie - Lieu-dit...) :

Code postal :

Lien de parenté :

Téléphone : Fixe :

Portable:

Email :

Renseignements complémentaires :

INTERVENANTS AU DOMICILE	NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE
Médecin traitant			
Pharmacie			
Infirmier.ère.s libér.aux.ales / Centre de soins infirmiers			
Service de soins à domicile (SSIAD)			
Associations et services d'aides à domicile			
Téléalarme			
Autres			

Signature du bénéficiaire de la box

- J'autorise le Centre communal d'action sociale à conserver cette fiche de liaison administrative en lien avec le dispositif dont je suis bénéficiaire : "Ma box et moi !".*