|  |  |
| --- | --- |
| Logo de la communeou de l’association de soutien ou de suivi | DOCUMENT A COMPLETERET A AFFICHER AU DOMICILEDE FACON VISIBLE |

Madame ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..…………

Monsieur ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse ………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………….…….……..

Code postal ……………………………… Ville …………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………

Numéro de téléphone fixe …………………………………………… / Numéros de téléphone portable …………………………………… / ……………………………………

|  |
| --- |
| **NUMEROS D'URGENCE** |
| ***Contacts*** | ***Prénom - Nom - Ville*** | ***Téléphone*** |
| **N° Sécurité Sociale et groupe sanguin - Madame** |  |  |
| **N° Sécurité Sociale et groupe sanguin - Monsieur** |  |  |
| **Médecin traitant** |  |  |
| **Spécialiste : …………………………………………………..** |  |  |
| **Spécialiste : …………………………………………………..** |  |  |
| **Spécialiste : …………………………………………………..** |  |  |
| **Médecin de garde (ou permanence des soins ambulatoires)** | De 20 h à 8 h du matin, week-ends et jours fériés | **3966** |
| **SOS médecin** |  | **3624** |
| **Urgence médicale** |  | **15** |
| **Hôpital ou clinique le plus proche** |  |  |
| **Gendarmerie - Police** |  | **17** |
| **Pompiers** |  | **18** |
| **Allo Maltraitance** | Ligne d’écoute contre les maltraitances des personnes âgées et des adultes en situation de handicap | **3977** |
| **Violences conjugales** |  | **3919** |
| **Enfance en danger** |  | **119** |
| **Dentiste** |  |  |
| **Pharmacie de garde** |  | **3237** |
| **Pharmacie** |  |  |
| **Pharmacie** |  |  |
| **Taxi - Ambulance** |  |  |
| **Mairie** |  |  |
| **Assistante sociale** |  |  |
| **Famille** |  |  |
| **Famille** |  |  |
| **Famille** |  |  |
| **Voisin-e – Ami-e** |  |  |
| **Voisin-e – Ami-e** |  |  |
| **Voisin-e – Ami-e** |  |  |
|  |  |  |