



CROISSY-SUR-SEINE

**DISPOSITIF DE VEILLE ESTIVALE
JUILLET - AOUT 2011**


- Service proposé :**
- Un contact téléphonique (un appel par semaine)
 - Une visite à domicile réalisé par un(e) étudiant(e)

IDENTITE

Nom :

Prénoms :

Adresse : Bât :

 :

Date de naissance :/...../.....

Seul(e) Couple : Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

PERIODE DE PRESENCE A VOTRE DOMICILE



Juillet :

Août :

PERSONNE À PREVENIR (EN CAS D'URGENCE)

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

MEDECIN TRAITANT

Nom : 

Observations :

Document à envoyer à :
Mairie de Croissy-sur-Seine-Service des Affaires Sociales
8 avenue de Verdun 78290 Croissy-sur-Seine