

Personne à prévenir en cas d'urgence

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL ET VILLE :

TELEPHONE DOMICILE :/...../...../...../.....

TELEPHONE PORTABLE :/...../...../...../.....

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

déclare être :

- la personne concernée
- un aidant
- un membre de la famille
- un voisin
- un professionnel de santé
- autre

Sucy-en-Brie le /..... /2025

Signature :

Formulaire à retourner à
Maison des Seniors
1 rue des Fontaines 94370 Sucy-en-Brie
ou par mail : maisondesseniors@ville-sucy.fr