



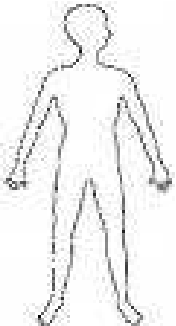














Demande de secours Appel d'urgence



	 Enceinte ? <input type="checkbox"/>	 Étouffement ? <input type="checkbox"/>	 Saigne ? <input type="checkbox"/>	 Inconscient ? <input type="checkbox"/>	 Entourer la blessure
	 Malaise ? <input type="checkbox"/>	 Cœur ? <input type="checkbox"/>	 Chute ? <input type="checkbox"/>	 Blessé ? <input type="checkbox"/>	



 Feu ? <input type="checkbox"/>	 Odeur de gaz ? <input type="checkbox"/>	 Accident de la route ? <input type="checkbox"/>	 Fuite d'eau ? <input type="checkbox"/>	 Guêpes ? <input type="checkbox"/>	 Ascenseur bloqué ? <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---	---

AUTRES:

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

N° du téléphone fixe :

Nom : Prénom : Age : H / F

N°.....Rue/Avenue/Bld/Rue/Allée/Place/Impasse.....

Bâtiment Escalier..... Code d'entréeÉtage..... Appartement.....

Code postal : Ville :

Personne entendante à prévenir (facultatif).....N° téléphone.....