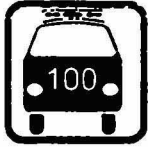


Nom / Prénom :
 Nom sur la sonnette : Etage:
 Rue: N° N° Appt
 Commune : Code Postal :
 N° Fax:

URGENCES FAX 100

PROBLEME VOCAL _____
 PROBLEME D'AUDITION _____

1. Qui pouvons-nous prévenir ?



Ambulance



Pompiers



Police

2. Que s'est-il passé ?



Malade/blessé



Incendie



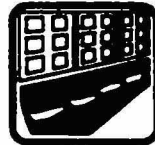
Accident

.....

3. Où cela s'est-il produit ?



A la maison



En rue

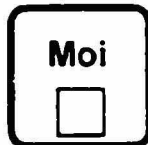
Adresse de l'évènement :

Nom sur la sonnette : Etage:

Rue: N° N° Appt

Commune : Code Postal :

4. Qui en est la victime ?



Moi



Autre Personne

.....

 Nombre de blessés / malades.....

5. Quel est l'état des victimes ?

Victime ne respire plus



Oui (Nbre ..) / Non

Victime évanouie



Ou: (Nbre) / Non

Victime incapable de marcher



Oui (Nbre) / Non

Victime perd du sang



Oui (Nbre ..) / Non

Souhaitez-vous signaler autre chose ?

.....
