



Centre Communal d'Action Sociale  
de la Ville de Béziers



**OFFICE DES SENIORS**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Réservé au service :**

N° de Carte Senior

.....

Droit à l'image

.....

Décharge et accord

.....

**INFORMATIONS GENERALES :**

Nom et Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... **a** .....

Adresse : ..... à Béziers (34500)

Numéro de téléphone fixe : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Adresse Mail :

Envoi du programme par mail

**RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS :**

Ces informations pourraient être utiles en cas de problème de santé lors des activités, sorties ou manifestations organisées par l'Office des Seniors.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Médecin traitant :

Nom : .....

Numéro de téléphone : .....

Divers :

Allergies : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....