

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

Suivez la notice
d'utilisation au
verso de cette
liasse.

cachet de l'A.R.S.

LE DEMANDEUR est :

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

cochez l'une des deux cases

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

N°

- Première demande
 Renouvellement

date de réception

- Accord
 Refus

date de notification

Nom du médecin de l'Agence Régionale de Santé

signature

LE SERVICE DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ PRENANT EN COMPTE LA DEMANDE

Nom et adresse

Nom du Responsable

Date de prise en compte

Téléphone

signature

*Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique,
remplir également la rubrique B*

A LE PATIENT demandeur**B** L'ABONNÉ bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone

Le cas échéant

Association
présentant
la demande

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M sollicite
le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique
à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes
ou de fausses déclarations (art. 150 du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès
aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conservez le feuillet 5 et adressez les autres feuillets à l' A.R.S. avec le **certificat médical**Feuillet 1 Distributeur
d'électricité

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE



N° 10401*

Suivez la notice
d'utilisation au
verso de cette
liasse.

cachet de l'A.R.S.

LE DEMANDEUR est :

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

cochez l'une des deux cases

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

N°

- Première demande
 Renouvellement

date de réception

- Accord
 Refus

date de notification

Nom du médecin de l'Agence Régionale de Santé

signature

LE SERVICE DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ PRENANT EN COMPTE LA DEMANDE

Nom et adresse

Nom du Responsable

Date de prise en compte

Téléphone

signature

**Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique,
remplir également la rubrique B**

A LE PATIENT demandeur**B** L'ABONNÉ bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone

Le cas échéant

Association
présentant
la demande

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M sollicite
le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique
à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes
ou de fausses déclarations (art. 150 du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès
aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conservez le feuillet 5 et adressez les autres feuillets à l'A.R.S. avec le **certificat médical**Feuillet 2 Distributeur
d'électricité

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE



N° 10401*

Suivez la notice
d'utilisation au
verso de cette
liasse.

cachet de l'A.R.S.

LE DEMANDEUR est :

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

cochez l'une des deux cases

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

N°

- Première demande
 Renouvellement

date de réception

- Accord
 Refus

date de notification

Nom du médecin de l'Agence Régionale de Santé

signature

LE SERVICE DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ PRENANT EN COMPTE LA DEMANDE

Nom et adresse

Nom du Responsable

Date de prise en compte

Téléphone

signature

**Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique,
remplir également la rubrique B**

A LE PATIENT demandeur**B** L'ABONNÉ bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone

Le cas échéant

Association
présentant
la demande

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M sollicite
le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique
à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes
ou de fausses déclarations (art. 150 du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès
aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conservez le feuillet 5 et adressez les autres feuillets à l'A.R.S. avec le **certificat médical**

Feuillet 3 A.R.S.

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

Suivez la notice
d'utilisation au
verso de cette
liasse.

cachet de l'A.R.S.

LE DEMANDEUR est :

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

cochez l'une des deux cases

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

N°

- Première demande
 Renouvellement

date de réception

- Accord
 Refus

date de notification

Nom du médecin de l'Agence Régionale de Santé

signature

LE SERVICE DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ PRENANT EN COMPTE LA DEMANDE

Nom et adresse

Nom du Responsable

Date de prise en compte

Téléphone

signature

*Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique,
remplir également la rubrique B*

A LE PATIENT demandeur**B** L'ABONNÉ bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone

Le cas échéant

Association
présentant
la demande

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M sollicite
le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique
à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes
ou de fausses déclarations (art. 150 du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le demandeur pourra exercer son droit d'accès
aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conservez le feuillet 5 et adressez les autres feuillets à l'A.R.S. avec le **certificat médical**

Feuillet 4 A.R.S.

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE



N° 10401*

Suivez la notice
d'utilisation au
verso de cette
liasse.

cachet de l'A.R.S.

LE DEMANDEUR est :

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

cochez l'une des deux cases

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

N°

- Première demande
 Renouvellement

date de réception

- Accord
 Refus

date de notification

Nom du médecin de l'Agence Régionale de Santé

signature

LE SERVICE DE DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ PRENANT EN COMPTE LA DEMANDE

Nom et adresse

Nom du Responsable

Date de prise en compte

Téléphone

signature

**Si le patient n'est pas l'abonné bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique,
remplir également la rubrique B**

A LE PATIENT demandeur**B** L'ABONNÉ bénéficiaire de la fourniture d'énergie électrique

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Adresse

Adresse

Téléphone

Téléphone

Le cas échéant

Association
présentant
la demande

Nom de l'interlocuteur

Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M sollicite
le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique
à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour 1 an.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes
ou de fausses déclarations (art. 150 du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

signature du patient ou de son représentant légal

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, **le demandeur** pourra exercer son droit d'accès
aux informations le concernant auprès du service qui sera indiqué sur la notification de décision.

Conservez le feuillet 5 et adressez les autres feuillets à l'A.R.S. avec le **certificat médical**

Feuillet 5 Demandeur

NOTICE D'UTILISATION

1 Ce formulaire est composé d'une liasse de **5 feuillets** autocopiants.
Écrivez **lisiblement** sur le feuillet **1**.

2 Dans le cadre **LE DEMANDEUR** situé sous le titre, indiquez s'il s'agit du patient lui-même ou d'un représentant légal.

La première rubrique du formulaire, **en grisé**, est destinée aux services administratifs et n'est pas à remplir.

Dans la rubrique **LE PATIENT** après les coordonnées du patient, indiquez celles de l'association présentant la demande si c'est le cas.

Dans la rubrique **L'ABONNÉ**, indiquez avec précision ses coordonnées si elles sont différentes de celles du patient.

Dans la rubrique **LA DEMANDE**, reportez votre nom, et signez dans la rubrique **LA SIGNATURE**.

3 Détachez et **conservez** le feuillet **5**.

4 Envoyez à l'**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (A.R.S.)** de votre département, dont l'adresse figure en haut et à gauche du formulaire :

- Les **4 premiers feuillets** de la liasse.
- Le **certificat médical** établi par un médecin.

5 Vous **recevrez** quelques jours plus tard une **notification de décision** qui contiendra l'accord ou le refus du Médecin inspecteur de Santé publique.

Si vous obtenez un **accord**, vous pourrez bénéficier, **à partir de la date de prise en compte** par le distributeur, d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique.

Cette date figurera dans le courrier que vous adressera, sous huit jours, le responsable du service de distribution d'électricité ayant pris en compte votre demande.

IMPORTANT

Le bénéfice de ce service d'information particulière étant accordé pour une durée **d'un an**, il vous appartiendra, le cas échéant, de renouveler votre demande en temps opportun auprès de l'A.R.S.