



SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA MARNE

FICHE DE SIGNALLEMENT D'UN ETAT D'INSALUBRITE

Destinataires :

Mairie (ou service communal d'hygiène et de santé) de :

Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne (ddt-habitat-indigne@marne.gouv.fr)

| INTERVENTION | | |
|---|--|-----------------------|
| Intervention n° | Date : / / 20 | |
| Nature de l'intervention : | | |
| Adresse : | | |
| Escalier : | Etage : | N° porte : |
| Immeuble d'habitation collective : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| Autres informations | Victime agressive / réfractaire aux secours : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| | Présence d'animaux dans le logement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| | Présence d'enfants dans le foyer: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| | Logement encombré: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| | Nature : Volume approximatif (en m3) : | |
| Transport | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Nom de la structure : |
| COMPTE-RENDU | | |
| COORDONNEES | | |
| Identité de la victime ou de l'occupant du logement | Nom : Prénom : | |
| | Date de naissance : | |
| | Téléphone : Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> | |
| Identité et adresse du propriétaire | Nom : Prénom : | |
| | Téléphone : | |
| | Adresse complète : | |
| PERSONNE AVISEE DE LA DEMARCHE EN MAIRIE | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Nom de la personne : | |
| RESPONSABLE DE L'INTERVENTION | | |
| Grade : | Nom : | Prénom : |
| A | Le | Le chef de centre, |