



SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA MARNE

FICHE DE SIGNALEMENT 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"/> Type:
	Présence d'enfants dans le foyer:		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Nombre:
	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 :		Prénom :	
A		Le chef de centre,	