

# 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.