

LE MAIRE

DISTRIBUTION DE MASQUES A LA POPULATION**Représentant familial en charge du retrait des masques**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro :

Rue :

Complément (étage, numéro appartement) :

Identification des personnes composant le foyer

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus**Date et signature du représentant familial**