



GROUPEMENT NATIONAL DES ANCIENS DE SAPEURS POMPIERS DE PARIS

COMMISSION ENTRAIDE et SOLIDARITE

Date :Heure de la visite :

NOM et Prénom de la personne visitée :

Adresse :

.....

Téléphone :.....

RAPPEL SOMMAIRE de la SITUATION :

CE QUI A DÉJÀ ÉTÉ FAIT :

PROPOSITIONS A FAIRE SI ACTION A MENER

VISITE EFFECTUEE par :SIGNATURE

Fonction dans le groupement :



GROUPEMENT NATIONAL DES ANCIENS DE SAPEURS POMPIERS DE PARIS

NOTES :