



**FORMULAIRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE :  
DEMANDE D'INFORMATION et CONSENTEMENT AU PARTAGE DE VOS  
DONNÉES**

Le demandeur est :       le patient                       son représentant légal                      (Cochez la case)

<b>LE PATIENT</b>	<b>L'ABONNE</b> au service de distribution d'électricité
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale :	Adresse postale :
Adresse géographique :	Adresse géographique :
E-mail :	E-mail :
Téléphone :	Téléphone :
<b>LE PRESTATAIRE</b> délivrant le matériel à domicile : (Cochez la case) <input type="checkbox"/> APAIR - APURAD <input type="checkbox"/> ISIS - Polynésie <input type="checkbox"/> SEPRODUM <input type="checkbox"/> PACIFIC CARE <input type="checkbox"/> autres : à préciser.....	

<b>LA DEMANDE D'INFORMATION</b> Je sollicite le bénéfice d'une information personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée ci-dessus dans la rubrique « L'ABONNE ». Je joins un <b>certificat médical</b> à l'appui de la demande.	
<b>LE CONSENTEMENT AU PARTAGE DE VOS DONNÉES POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SECOURS.</b> Indiquez si vous autorisez : - l'ARASS à communiquer à la Direction de la protection civile du Haut-Commissariat, aux services de secours de votre commune (pompiers) et au distributeur d'électricité (EDT ou commune en régie), votre adresse géographique pour l'organisation des secours généraux. - le <b>médecin de l'ARASS</b> à communiquer au médecin du SAMU votre identité, vos coordonnées et le type de matériel que vous utilisez pour l'organisation des secours médicaux. - le <b>prestataire de santé</b> à communiquer au médecin de l'ARASS le type de votre matériel	(Cochez la case) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je déclare sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts. Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande. Fait à _____, le _____	<b>Signature</b>

<b>Cadre réservé à l'ARASS (Tél. : 40.48.82.35 - Courriel : <a href="mailto:secretariat@arass.gov.pf">secretariat@arass.gov.pf</a>)</b>		
Date de réception :	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Renouvellement	<b>Nom et signature du médecin de l'ARASS</b>
Date de notification :	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus	

<b>Cadre réservé au service de distribution d'électricité prenant en compte la demande</b>		
Raison sociale :	Date de prise en charge :	<b>Signature</b>
Téléphone :	Nom du responsable :	
Mail :		