

Pharmacie :

Date :

Fiche de liaison violences conjugales

- **IDENTITE de la personne en détresse** (obligatoire, sinon le CCAS ne peut rien faire)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Identité de la personne qui signale (non obligatoire) : _____

- **COORDONNEES :**

Téléphone : _____

Horaires à privilégier : _____

Mail : _____

- **ENVIRONNEMENT/VIE FAMILIALE :**

Appartement/maison : _____

Enfant(s) : _____