



DEMANDE D'ATTESTATION D'INTERVENTION

LE DEMANDEUR :

Nom - Prénom :

Adresse :

.....

Victime Sinistré Propriétaire Locataire

Lien de parenté avec la victime :

Autre :

L'INTERVENTION :

Date et heure : N° d'intervention (si connu) :

Adresse :

.....

Nature de l'intervention :

Dégâts subis :

Observation, finalité de la demande :

LA VICTIME (si différente du demandeur) :

Nom - Prénom :

Adresse :

Fait le : à **SIGNATURE**

Pour obtenir une attestation d'intervention, adresser ce document soit par :

- e-mail : go@sdmis.fr
- fax : 04 72 60 50 57
- courrier à l'adresse ci-dessous :

Service départemental-métropolitain d'incendie et de secours
Groupement opération
17 rue Rabelais
69421 Lyon CEDEX 03