

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

Destinataire : VITARIS 04 90 73 10 28

A l'attention de : Agence 13 Salon de Provence

Adresse : teleassistance13@vitaris.fr

Date de pose : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Lifeline Vi Lifeline Connect Caresse GSM

Cachet Commune, CCAS, organisme:

Demande urgente

Option :

Option :

absence ligne téléphonique fixe

LE (S) BENEFICIAIRE (S)

L'utilisateur principal :

Madame Monsieur

L'utilisateur secondaire :

Madame Monsieur

Nom: _____ Prénom: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _

Téléphone portable : _____

Téléphone portable : _____

	Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations : _____

Observations : _____

LE DOMICILE

Adresse : _____

Code postal: _____ Ville: _____ Téléphone fixe _____

Ligne téléphonique analogique Ligne téléphonique dégroupée Opérateur tél : _____

Maison Appartement Bâtiment : _____ Etage: _____ Porte: _____

Porte blindée Code accès: _____ Boîte à clés: _____

Personne à contacter ou présence nécessaire pour installation

LE COMITE DE PARRAINAGE (personnes(s) à contacter)

1 : Mme M Aidant - Référent: Oui/ Non **2 :** Mme M Aidant - Référent: Oui/ Non

Nom: _____ Prénom: _____ Nom: _____ Prénom: _____

Qualité/ lien : _____ Age: _____ Qualité/ lien: _____ Age: _____

Adresse : _____ Adresse : _____

CP: _____ Ville : _____ CP: _____ Ville : _____

Ligne fixe: _____ Mobile: _____ Ligne fixe: _____ Mobile: _____

Autre: _____ Autre: _____

Mail : _____ @ Mail : _____ @

Disponibilité : 24h/24 Autre: _____ Disponibilité : 24h/24 Autre: _____

Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

3 : Mme M Aidant - Référent: Oui/ Non **4 :** Mme M Aidant - Référent: Oui/ Non

Nom: _____ Prénom: _____ Nom: _____ Prénom: _____

Qualité/ lien : _____ Age: _____ Qualité/ lien: _____ Age: _____

Adresse : _____ Adresse : _____

CP: _____ Ville : _____ CP: _____ Ville : _____

Ligne fixe: _____ Mobile: _____ Ligne fixe: _____ Mobile: _____

Autre: _____ Autre: _____

Mail : _____ @ Mail : _____ @

Disponibilité : 24h/24 Autre: _____ Disponibilité : 24h/24 Autre: _____

Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés Trajet : < 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

LE MEDECIN

Médecin traitant : _____ Téléphone : _____

CP: _____ Ville : _____ Portable : _____

Date: _____

Signature: _____