

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: _____

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: _____

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: _____