

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

Destinataire : VITARIS 04 90 73 10 28

Cachet Commune, CCAS, organisme:

Demande urgente

A l'attention de : Agence 13 Salon de Provence

Option :

Adresse : teleassistance13@vitaris.fr

Option :

Date de pose : _ / _ / _

absence ligne téléphonique fixe

Lifeline Vi Lifeline Connect Caresse GSM

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 du présence nécessaire pour installation

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

1 : Mme M

Aidant - Référent: Oui/

2 : Mme M

Aidant - Référent: Oui/

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

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

3 : Mme M

Aidant - Référent: Oui/

4 : Mme M

Aidant - Référent: Oui/

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

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

LE MEDECIN

Médecin traitant: _____

Téléphone: _____

CP: _____

Ville: _____

Portable: _____