

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

Destinataire : VITARIS 04 90 73 10 28

Cachet Commune, CCAS:

Demande urgente

A l'attention de : Agence 13 Salon de Provence

Adresse : teleassistance13@vitaris.fr

Date de pose :
(réservé Vitaris)

Option :

Option :

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

Mobilité Elocution Vue Ouïe

Bonne Mauvaise

Bonne Mauvaise

Observations :

Observations :

LE DOMICILE

Adresse :

CP : _____ Ville :

Téléphone fixe :

Ligne téléphonique analogique Ligne téléphonique dégroupée

Opérateur tél :

Maison Appartement Bâtiment :

Etage : _____ Porte : _____

Porte blindée Code d'accès : _____

Boîte à clés : _____

Si autre personne vivant au domicile : _____

Lien avec l'abonné(e) : _____

AIDANT - REFERENT

Madame Monsieur

Ligne fixe : _____

Nom : Prénom :

Mobile : _____

Lien avec le bénéficiaire :

Autre : _____

CP : _____ Ville :

Mail : _____

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

Disponibilité : 24h/24h Autre : _____

COMITE DE PARRAINAGE (personnes(s) à contacter)

Parrain 1 : Madame Monsieur

Parrain 2 : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Lien avec le bénéficiaire :

Lien avec le bénéficiaire :

CP : _____ Ville :

CP : _____ Ville :

Ligne fixe : _____

Ligne fixe : _____

Mobile : _____

Mobile : _____

Autre : _____

Autre : _____

Mail : _____

Mail : _____

Disponibilité : 24h/24h Autre : _____

Disponibilité : 24h/24h Autre : _____

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

Parrain 3 : Madame Monsieur

Parrain 4 : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Lien avec le bénéficiaire :

Lien avec le bénéficiaire :

CP : _____ Ville :

CP : _____ Ville :

Ligne fixe : _____

Ligne fixe : _____

Mobile : _____

Mobile : _____

Autre : _____

Autre : _____

Mail : _____

Mail : _____

Disponibilité : 24h/24h Autre : _____

Disponibilité : 24h/24h Autre : _____

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Détenteur des clés

LE MEDECIN

Médecin traitant : Dr

Téléphone : _____

CP : _____ Ville :

Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 **Date :** __ / __ / ____
modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de
rectification aux informations qui vous concernent.

Signature: _____