

**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  ou présence nécessaire pour installation

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

**1 :**  Mme  M Aidant - Réfèrent:  Oui/

**2 :**  Mme  M Aidant - Réfèrent:  Oui/

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

Trajet :  < 15 min  15 à 30 min  Détenteur des

**3 :**  Mme  M Aidant - Réfèrent:  Oui/

**4 :**  Mme  M Aidant - Réfèrent:  Oui/

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

Trajet :  < 15 min  15 à 30 min  Détenteur des

**LE MEDECIN**

Médecin traitant :

Téléphone :

CP: Ville :

Portable :

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

Date:

\_ / \_ / \_

Signature:

[Signature area]