

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 : ___ / ___ / ___
(réservé Vitaris)



Demande urgente

Option : _____
 Option : _____

LE (S) BENEFICIAIRE (S)

L'utilisateur principal :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	L'utilisateur secondaire :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :	Prénom :	Nom :	Prénom :
Date de naissance :	___ / ___ / ___	Date de naissance :	___ / ___ / ___
Téléphone portable :	___ - ___ - ___	Téléphone portable :	___ - ___ - ___
Bonne Mobilité	<input type="checkbox"/>	Bonne Mobilité	<input type="checkbox"/>
Mauvaise Mobilité	<input type="checkbox"/>	Mauvaise Mobilité	<input type="checkbox"/>
Observations :		Observations :	

LE DOMICILE

Adresse :

CP : _____ Ville : _____

Ligne téléphonique analogique Ligne téléphonique dégroupée

Maison Appartement **Bâtiment :** _____

Porte blindée Code d'accès : _____

Téléphone fixe : _____

Opérateur tél : _____

Etage : _____ **Porte :** _____

Boîte à clés : _____

Si autre personne vivant au domicile : _____ **Lien avec l'abonné(e) :** _____

AIDANT - REFERENT

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Nom :	Prénom :	Ligne fixe :	_____
	Lien avec le bénéficiaire :		Mobile :	_____
	CP : _____ Ville : _____		Autre :	_____
Temps de trajet :	<input type="checkbox"/> < de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min <input checked="" type="checkbox"/> Détenteur des clés		Mail :	_____
			Disponibilité :	<input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____

COMITE DE PARRAINAGE (personnes(s) à contacter)

Parrain 1 :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Parrain 2 :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____	Disponibilité :	<input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____
Temps de trajet :	<input type="checkbox"/> < de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min <input checked="" type="checkbox"/> Détenteur des clés	Temps de trajet :	<input type="checkbox"/> < de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min <input checked="" type="checkbox"/> Détenteur des clés
Parrain 3 :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Parrain 4 :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____	Disponibilité :	<input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____
Temps de trajet :	<input type="checkbox"/> < de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min <input checked="" type="checkbox"/> Détenteur des clés	Temps de trajet :	<input type="checkbox"/> < de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min <input checked="" type="checkbox"/> Détenteur des clés

LE MEDECIN

Médecin traitant : Dr _____ **Téléphone :** _____

CP : _____ **Ville :** _____

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: _____