

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)

Utilisateur principal : Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Date de naissance : / /

Téléphone portable : - -

Bonne Mobilité Mauvaise Elocution Vue Ouïe

Observations :

Utilisateur secondaire : Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Date de naissance : / /

Téléphone portable : - -

Bonne Mobilité Mauvaise Elocution Vue Ouïe

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

Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Lien avec le bénéficiaire :

CP : Ville :

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Plus de 30 min

Ligne fixe : - -

Mobile : - -

Autre : - -

Mail : - -

Disponibilité : 24h/24h Autre :

COMITE DE PARRAINAGE (personnes(s) à contacter)

Parrain 1 : Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Lien avec le bénéficiaire :

CP : Ville :

Ligne fixe : - -

Mobile : - -

Autre : - -

Mail : - -

Disponibilité : 24h/24h Autre :

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Plus de 30 min

Parrain 2 : Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Lien avec le bénéficiaire :

CP : Ville :

Ligne fixe : - -

Mobile : - -

Autre : - -

Mail : - -

Disponibilité : 24h/24h Autre :

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Plus de 30 min

Parrain 3 : Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Lien avec le bénéficiaire :

CP : Ville :

Ligne fixe : - -

Mobile : - -

Autre : - -

Mail : - -

Disponibilité : 24h/24h Autre :

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Plus de 30 min

Parrain 4 : Madame Monsieur

Nom : Prénom : / /

Lien avec le bénéficiaire :

CP : Ville :

Ligne fixe : - -

Mobile : - -

Autre : - -

Mail : - -

Disponibilité : 24h/24h Autre :

Temps de trajet : < de 15 min 15 à 30 min Plus de 30 min

LE MEDECIN

Médecin traitant : Dr

CP : Ville :

Téléphone : - -

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: