

## FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

**Destinataire :** VITARIS 04 90 73 10 28

Demande urgente

**A l'attention de :** Vitaris - Agence 13

**Adresse :** [teleassistance13@vitaris.fr](mailto:teleassistance13@vitaris.fr)

**Date de pose :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Option : .....

Option : .....

## LE (S) UTILISATEUR (S)

**L'utilisateur principal :**  Madame  Monsieur

**L'utilisateur secondaire :**  Madame  Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Mobilité Elocution Vue Ouïe

Bonne

Mauvaise

Observations : \_\_\_\_\_

Nom : Prénom :

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Mobilité Elocution Vue Ouïe

Bonne

Mauvaise

Observations : \_\_\_\_\_

## LE DOMICILE

Adresse :

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Ligne téléphonique analogique  Ligne téléphonique dégroupée

Fournisseur : \_\_\_\_\_

Maison  Appartement Bâtiment : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_

Porte : \_\_\_\_\_

Porte blindée  Code d'accès : \_\_\_\_\_

Boîte à clés : \_\_\_\_\_

Autre personne vivant au domicile : \_\_\_\_\_ Lien avec l'abonné(e) : \_\_\_\_\_

## COMITE DE PARRAINAGE

**Parrain 1 :**  Madame  Monsieur

**Parrain 2 :**  Madame  Monsieur

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Aidant référent :  Oui  Non

Aidant référent :  Oui  Non

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 : \_\_\_\_\_

Dépositaire des clés :  Oui  Non

Dépositaire des clés :  Oui  Non

Temps de trajet :  moins de 15 min  15 à 30 min

Temps de trajet :  moins de 15 min  15 à 30 min

**Parrain 3 :**  Madame  Monsieur

**Parrain 4 :**  Madame  Monsieur

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Aidant référent :  Oui  Non

Aidant référent :  Oui  Non

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 : \_\_\_\_\_

Dépositaire des clés :  Oui  Non

Dépositaire des clés :  Oui  Non

Temps de trajet :  moins de 15 min  15 à 30 min

Temps de trajet :  moins de 15 min  15 à 30 min

## AIDANT REFERENT

Madame  Monsieur

Ligne fixe : \_\_\_\_\_

Nom : Prénom :

Mobile : \_\_\_\_\_

Lien avec le bénéficiaire :

Autre : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ .

## LE MEDECIN

Médecin traitant : Dr \_\_\_\_\_

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. **Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_