

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.frDate de pose : ____ / ____ / ____
(réservé Vitaris)☐ Option :☐ Option :

LE (S) BENEFICIAIRE (S)

L'utilisateur principal : ☐ Madame ☐ MonsieurL'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 : ____

☐ Ligne téléphonique analogique☐ Ligne téléphonique dégroupée☐ Maison☐ Appartement

Bâtiment : ____

☐ Porte blindée☐ Code d'accès : ____

Si autre personne vivant au domicile : ____

Téléphone fixe :

Opérateur tél : ____

Etage : ____ Porte : ____

☐ Boîte à clés : ____

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 ☐ Détenteur des clés

Ligne fixe : ____

Mobile : ____

Autre : ____

Mail : ____

Disponibilité : ☐ 24h/24h ☐ Autre : ____

COMITE DE PARRAINAGE (personnes(s) à contacter)

Parrain 1 : ☐ Madame ☐ MonsieurParrain 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 clésTemps de trajet : ☐ < de 15 min ☐ 15 à 30 min ☐ Détenteur des clésParrain 3 : ☐ Madame ☐ MonsieurParrain 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 clésTemps 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: _____