

7- Services d'urgence

Pompiers : _____ Police municipale : _____ Gendarmerie : _____

Etablissement hospitalier habituel : _____

Service ambulancier : _____

8- Type d'opérateur téléphonique

France Télécom et/ou Autre opérateur précisez : _____

9- Observations et informations diverses

Signature

Nom : _____ Prénom : _____

Certifie l'exactitude des renseignements fournis, je m'engage à informer Technipro de tout changement concernant ma situation, et si cela n'était fait, le dégage de toute responsabilité.

Je donne mon accord à Technipro pour saisir en informatique les données me concernant.

Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès de Technipro.

Déclare que Technipro ne pourra être tenue responsable des conséquences matérielles qu'entraîneraient une intervention en vue de lui porter aide et assistance.

Fait à : _____ Le : _____ Cachet de l'organisme émetteur : _____

Signature de l'abonné(e) ou de son représentant : _____

Document à retourner à l'adresse postale suivante:

HOTEL DE VILLE - Service C.C.A.S - Place de l'Hôtel de Ville - BP 60086 - 92161 ANTONY Cedex.

N° site (bénéficiaire) : _____

Code de rattachement : _____

Date de saisie : _____

Date d'installation : _____

N° de transmetteur : _____

Cadre réservé à Technipro

Fiche de Renseignements

1- Bénéficiaire

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ Téléphone : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : Bât./Tour : _____ Esc./Asc. : _____ Etage : _____ Porte : _____ Code pte / interph.: _____

Maison : Oui - Non jardin : Oui - Non Appartement : Oui - Non Foyer/résidence RPA : Oui - Non

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Protection habitat : Porte blindée : Oui - Non Alarme : Oui - Non

Animaux : Oui - Non Situation familiale : Célibataire Marié Veuf

Co-Bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____ Qualité : _____

Rappel d'information aux usagers

Les appels téléphoniques émis par le transmetteur (appels d'urgence et tests de contrôle), sont à la charge du bénéficiaire (0.112€ TTC) et apparaissent sur votre facture téléphonique détaillée en 0 825. Avant toute installation, veuillez vous assurer que votre logement comporte bien une ligne téléphonique non restreinte, une prise électrique et une prise PTT à proximité de l'endroit souhaité pour l'emplacement du transmetteur de téléassistance, 1,50m maximum entre les deux, et sans obstacle intermédiaire (ex : porte...).

Le non respect de ces recommandations entraînerait un retard regrettable dans notre intervention.

2- Etat de santé Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyenne	<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"/>
Nulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etat de santé Co-Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité
Bonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyenne	<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"/>
Nulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulateur Canne

Port d'un appareil auditif

Langue maternelle :

Déambulateur Canne

Port d'un appareil auditif

Langue maternelle :

Condition de santé bénéficiaire

3- Médecin traitant bénéficiaire

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

Autre médecin traitant

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

Autre médecin traitant

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

Référent

4- Référent (personne à contacter pour toutes questions administratives (facturation, mise à jour du dossier) et techniques (SAV, récupération,...))

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité :

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

Intervenant - Entourage

5- Intervenant N°1

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

: à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Intervenant N°2

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

: à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Intervenant N°3

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

: à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Intervenant N°4

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

: à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

6- Entourage N°1 (personne à informer)

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

7- Entourage (aide ménagère, infirmière...)

Nom : Prénom : Organisme :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité⁽¹⁾:

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

Fréquence visite : : dépositaire des clés

(1) : Fils, Fille, ... Voisin, ami ...

