



FICHE DE RENSEIGNEMENT ABONNE(E)

1/2

NOM : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Type d'habitation : Maison Logement individuel Résidence

N° : Rue.....

Code postal : Ville :

Code d'entrée : Bâtiment : Escalier : Etage : Porte : face gauche droite

Autres précisions concernant l'accès : Aisé Difficile Sur rue Sur cour

.....

Date de Naissance :/...../..... Sexe : F M

Autres personnes vivant au foyer (Préciser nom, prénom, âge, lien de parenté) :

Renseignements Médicaux Abonné(e)

	Bonne	Moyenne	Mauvaise		Bonne	Moyenne	Mauvaise
<u>Ouïe</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Vue</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mobilité</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Elocution</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDECIN TRAITANT :

Adresse du Cabinet :

Tel du Cabinet : Tel Portable : Tel urgence :

SI HOSPITALISATION :

Etablissement :

Nom, adresse et téléphone :

.....

Je soussigné(e).....bénéficiaire du service Securitas Téléassistance autorise Securitas Téléassistance à me faire parvenir les moyens de secours appropriés (Samu, Pompiers, Police, Ambulances ...) surtout en cas d'absence ou de défaillance de mon parrainage (parrains absents ou injoignables). Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés. Je m'engage également à notifier toutes modifications des données me concernant.

A Le/...../..... Signature :



Personne à prévenir n°1 en cas d'événement

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone mobile 1 : Téléphone mobile 2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :

Personne à prévenir n°2 en cas d'événement

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone mobile 1 : Téléphone mobile 2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :

**Personne à prévenir
En cas d'événement grave (Hospitalisation, problème médical grave etc...)**

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone mobile 1 : Téléphone mobile 2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :