

<b>N° CLIENT</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> Cadre réservé à Securitas Téléassistance	<b>N° TRANS</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <b>N° CARTE SIM</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>En cas de terminal GPRS</small>
--	--

## FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION CCAS de Villeneuve la Garenne

### Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

<b>Bénéficiaire 1</b> <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....	<b>Bénéficiaire 2</b> <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <i>(Uniquement si second déclencheur)</i> Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....
--	---

Adresse.....  
 CP..... Ville..... Bâtiment..... Escalier..... Etage.....  
 Porte N° ..... Code d'accès..... Téléphone   
 Précisions complémentaires d'accès au domicile.....

**Typologie du logement**  Appartement  Maison – Villa  **Résidence spécialisée**  
 Autres personnes au foyer.....

### Installation

Matériel	Options
<input type="checkbox"/> Terminal AVEC ligne téléphonique <input type="checkbox"/> Terminal SANS ligne téléphonique (Hors prise ne charge CCAS - nous consulter)	<input type="checkbox"/> Détecteur de chute brutale <input type="checkbox"/> Déclencheur supplémentaire <input type="checkbox"/> Détecteur de fumée <input type="checkbox"/> Détecteur de gaz

Abonnement téléphonie fixe (domicile)  Oui  Non      Numéro de téléphone :   
 Box internet  Oui  Non      Nom de l'opérateur téléphonie / internet .....  
 Prise(s) téléphonique(s) + prise(s) électrique(s) proches  Oui  Non  
**Contact Installation :** ..... **Tel :**

### Informations de santé

Bénéficiaire 1	Bon	Moyen	Mauvais	Bénéficiaire 2	Bon	Moyen	Mauvais
<b>Mobilité</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mobilité</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Elocution</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Elocution</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vue</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vue</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ouïe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Ouïe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Appareil auditif				<input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Appareil auditif			

Précisions utiles .....

**Votre médecin traitant est :** Nom ..... Tél   
 E-mail .....

# Réseau de proximité bénévole

Contact 1 obligatoire ET avec moyens d'accès	Contact 2 obligatoire ET avec moyens d'accès
<p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Téléphone 1 :                                    </p> <p>Téléphone 2 :                                    </p> <p>Courriel : .....</p> <p>Lien avec l'abonné : .....</p> <p>Temps de parcours : ..... minutes (recommandé : 45 mn)</p> <p>Disponibilité : 24h/24</p>	<p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Téléphone 1 :                                    </p> <p>Téléphone 2 :                                    </p> <p>Courriel : .....</p> <p>Lien avec l'abonné : .....</p> <p>Temps de parcours : ..... minutes (recommandé : 45 mn)</p> <p>Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h</p>
Contact 3	Personne référente à prévenir en cas de problème constaté
<p>Nom : .....</p> <p>Prénom : ..... e</p> <p>Téléphone 1 :                                     t</p> <p>Téléphone 2 :                                    </p> <p>Courriel : .....</p> <p>Lien avec l'abonné : .....</p> <p>Possession des clés : Oui Non</p> <p>Temps de parcours : ..... minutes (recommandé : 45 mn)</p> <p>Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h</p>	<p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Téléphone 1 :                                    </p> <p>Téléphone 2 :                                    </p> <p>Courriel : .....</p> <p>Lien avec l'abonné : .....</p> <p>Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h</p>

**Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la Téléassistance.**

*Le Client et/ou le Bénéficiaire autorise (autorisons) le Délégué à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et, en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)), accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans que le Délégué puisse en aucun cas être tenu responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.).*

*« Je (nous) m'engage (nous engageons) par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés. »*

A....., Le.....

Nom et signature du client précédés de la mention « lu et approuvé »

Nom et signature du représentant du CCAS