



Fiche de Renseignements

1- Bénéficiaire

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Tél. domicile : Tél. portable : Date de naissance :

Adresse : Bât./Tour : Esc./Asc.Hall : Etage : Porte :

Code pte / interph.rue: Code pte / interph.intérieur:

Maison : Oui - Non

Appartement : Oui - Non

Résidence : Oui - Non

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Protection habitat : Porte blindée : Oui - Non

Alarme : Oui - Non

Situation familiale : Célibataire Pacsé / Marié / Vie maritale Veuf / Veuve Animaux : Oui - Non

Langue maternelle :

Co-Bénéficiaire

Nom : Prénom : Langue maternelle :

Date de naissance : Sexe : Lien avec le bénéficiaire:

2- Informations 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	<input type="checkbox"/>	Canne	<input type="checkbox"/>	Fauteuil	<input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/>				

Informations complémentaires

.....

3- Médecin traitant du bénéficiaire

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

4- Services d'urgence

Pompiers :

Police municipale :

SAMU :

Etablissement hospitalier habituel :

Service ambulancier :

Informations Co-Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Canne	<input type="checkbox"/>	Fauteuil	<input type="checkbox"/>
Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/>				

Informations complémentaires

.....

5- Référent (Personne à contacter pour toutes questions administratives et techniques)

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité(1) :

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

6- Personne à prévenir

N°1 : à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité(1) :

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

N°2 : à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité(1) :

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

N°3 : à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité(1) :

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

N°4 : à prévenir : dépositaire des clés Temps de trajet :

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité(1) :

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

7- Intervenant professionnel (aide ménagère, infirmière...)

Nom : Prénom : Fréquence visite :

Adresse :

Code postal : Ville : Qualité :

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

8- Autre intervenant professionnel :

Nom : Prénom : Fréquence visite :

Adresse :Code postal :Ville :

Qualité :Tél. portable:Tél. domicile :

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 me porter aide et assistance

Autorise le service de Télassistance à me faire parvenir les moyens de secours appropriés (SAMU, Pompiers, Police, Ambulance,...) surtout en cas d'absence ou de défaillance des personnes à prévenir.

Fait à : Le : Signature de l'abonné(e) ou de son représentant

(1) :Fils, fille,voisin,ami,tuteur,...