

# 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	Élocution	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  Fauteuil   
Port d'un appareil auditif

### Informations complémentaires

.....

## Informations Co-Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Élocution	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  Canne  Fauteuil   
Port d'un appareil auditif

### 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 :

Établissement hospitalier habituel :

Service ambulancier :

## 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 : .....

## 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, la dégage de toute responsabilité.**

**Je donne mon accord à Technipro pour saisir en informatique les données me concernant. Technipro s'engage à ne pas faire commerce des renseignements fournis sur ce fichier.**

**Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès du CASVP ou de Technipro.**

**Je suis informé(e) que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatisé visant à la gestion de la prestation et de la facturation. Ses données restent confidentielles, transmises uniquement à Technipro pour le compte du CASVP et que je peux à tout moment accéder aux informations transmises.**

**Autorise le service de Téléassistance 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.**

**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 :

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

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