

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