

**FICHE ABONNE TELEASSISTANCE**

**Destinataire :** VITARIS 04 90 73 10 28  Demande urgente

**A l'attention de :** Vitaris - Agence 13

**Adresse :** teleassistance13@vitaris.fr  Option : .....

**Date de pose :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Option : .....

**LE (S) UTILISATEUR (S)**

<b>L'utilisateur principal :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>L'utilisateur secondaire :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur																														
<b>Nom :</b> Prénom :	<b>Nom :</b> Prénom :																														
<b>Date de naissance :</b> ___ / ___ / ___	<b>Date de naissance :</b> ___ / ___ / ___																														
<b>Téléphone portable :</b>	<b>Téléphone portable :</b>																														
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Mobilité</td> <td>Elocution</td> <td>Vue</td> <td>Ouïe</td> </tr> <tr> <td>Bonne</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mauvaise</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe	Bonne	<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"/>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Mobilité</td> <td>Elocution</td> <td>Vue</td> <td>Ouïe</td> </tr> <tr> <td>Bonne</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mauvaise</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe	Bonne	<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"/>
	Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe																											
Bonne	<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"/>																											
	Mobilité	Elocution	Vue	Ouïe																											
Bonne	<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"/>																											
<b>Observations :</b>	<b>Observations :</b>																														

**LE DOMICILE**

**Adresse :**

**CP :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_ **Téléphone fixe :** \_\_\_\_\_

Ligne téléphonique analogique  Ligne téléphonique dégroupée **Fournisseur :** \_\_\_\_\_

Maison  Appartement **Bâtiment :** \_\_\_\_\_ **Etage :** \_\_\_\_\_ **Porte :** \_\_\_\_\_

Porte blindée  Code d'accès : \_\_\_\_\_  Boîte à clés : \_\_\_\_\_

**Autre personne vivant au domicile :** \_\_\_\_\_ **Lien avec l'abonné(e) :** \_\_\_\_\_

**COMITE DE PARRAINAGE**

<b>Parrain 1 :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>Parrain 2 :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
<b>Nom :</b> Prénom :	<b>Nom :</b> Prénom :
<b>Aidant référent :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Aidant référent :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Lien avec le bénéficiaire :</b>	<b>Lien avec le bénéficiaire :</b>
<b>CP :</b> _____ <b>Ville :</b> _____	<b>CP :</b> _____ <b>Ville :</b> _____
<b>Ligne fixe :</b> _____	<b>Ligne fixe :</b> _____
<b>Mobile :</b> _____	<b>Mobile :</b> _____
<b>Autre :</b> _____	<b>Autre :</b> _____
<b>Mail :</b> _____ @ _____	<b>Mail :</b> _____ @ _____
<b>Disponibilité :</b> <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Disponibilité :</b> <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Dépositaire des clés :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Dépositaire des clés :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Temps de trajet :</b> <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min	<b>Temps de trajet :</b> <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min
<b>Parrain 3 :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>Parrain 4 :</b> <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
<b>Nom :</b> Prénom :	<b>Nom :</b> Prénom :
<b>Aidant référent :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Aidant référent :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Lien avec le bénéficiaire :</b>	<b>Lien avec le bénéficiaire :</b>
<b>CP :</b> _____ <b>Ville :</b> _____	<b>CP :</b> _____ <b>Ville :</b> _____
<b>Ligne fixe :</b> _____	<b>Ligne fixe :</b> _____
<b>Mobile :</b> _____	<b>Mobile :</b> _____
<b>Autre :</b> _____	<b>Autre :</b> _____
<b>Mail :</b> _____ @ _____	<b>Mail :</b> _____ @ _____
<b>Disponibilité :</b> <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Disponibilité :</b> <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Dépositaire des clés :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Dépositaire des clés :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Temps de trajet :</b> <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min	<b>Temps de trajet :</b> <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min

**AIDANT REFERENT**

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<b>Ligne fixe :</b> _____
<b>Nom :</b> Prénom :	<b>Mobile :</b> _____
<b>Lien avec le bénéficiaire :</b>	<b>Autre :</b> _____
<b>CP :</b> _____ <b>Ville :</b> _____	<b>Mail :</b> _____ @ _____

**LE MEDECIN**

**Médecin traitant : Dr** **Téléphone :** \_\_\_\_\_

Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. **Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_