

N° CLIENT

N° TRANS

N° CARTE SIM

En cas de terminal GPRS

Cadre réservé Securitas Téléassistance

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION CCAS de Grand Couronne

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Bénéficiaire 1

Mme M.

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Bénéficiaire 2

Mme M.

(Uniquement si second déclencheur)

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

Autres personnes au foyer.....

Installation

Matériel

Terminal classique (présence ligne téléphonique fixe)

Terminal GSM-IP (absence de ligne téléphonique fixe)

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

Vie Quotidienne

Bénéficiaire 1	Bon	Moyen	Mauvais	Bénéficiaire 2	Bon	Moyen	Mauvais
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déambulateur			<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Déambulateur			<input type="checkbox"/> Canne
<input type="checkbox"/> Appareil auditif				<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
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Téléphone 2 :	Téléphone 2 :
Courriel :	Courriel :
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné :
Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)	Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)
Disponibilité : 24h/24	Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h
Contact 3	Personne référente à prévenir en cas de problème constaté
Nom :	Nom :
Prénom : e	Prénom :
Téléphone 1 : t	Téléphone 1 :
Téléphone 2 :	Téléphone 2 :
Courriel :	Courriel :
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné :
Possession des clés : Oui Non	Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h
Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)	
Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h	

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) Securitas Téléassistance 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 Securitas Téléassistance ne 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