



Numéro Abonné



FICHE DE RENSEIGNEMENTS TELEASSISTANCE

Destinataire : VITARIS Transmetteur Lifeline Vi

A l'attention de : Agence Ile de France - 91 Transmetteur Lifeline GSM

Adresse : teleassistance91@vitaris.fr Option :

Date de pose : ___ / ___ / ____

LE (S) UTILISATEUR (S)

L'utilisateur principal : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	L'utilisateur secondaire : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur																														
Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____																														
Date de naissance : ___ / ___ / ____	Date de naissance : ___ / ___ / ____																														
Téléphone portable : _____	Téléphone portable : _____																														
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Facile</td> <td>Difficile</td> </tr> <tr> <td>Mobilité</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Elocution</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vue</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ouïe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Facile	Difficile	Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Facile</td> <td>Difficile</td> </tr> <tr> <td>Mobilité</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Elocution</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vue</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ouïe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Facile	Difficile	Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Facile	Difficile																													
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
	Facile	Difficile																													
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Elocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Observations : _____	Observations : _____																														

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 : _____

COMITE DE PARRAINAGE

Parrain 1 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Parrain 2 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____
Lien avec le bénéficiaire :	Lien avec le bénéficiaire :
CP : _____ Ville : _____	CP : _____ Ville : _____
Téléphone 1 : _____	Téléphone 1 : _____
Téléphone 2 : _____	Téléphone 2 : _____
Téléphone 3 : _____	Téléphone 3 : _____
Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____	Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____
Dépositaire des clés : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Dépositaire des clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Temps de trajet : <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min	Temps de trajet : <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min
Parrain 3 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Parrain 3 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom : _____ Prénom : _____	Nom : _____ Prénom : _____
Lien avec le bénéficiaire :	Lien avec le bénéficiaire :
CP : _____ Ville : _____	CP : _____ Ville : _____
Téléphone 1 : _____	Téléphone 1 : _____
Téléphone 2 : _____	Téléphone 2 : _____
Téléphone 3 : _____	Téléphone 3 : _____
Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____	Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autre : _____
Dépositaire des clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dépositaire des clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Temps de trajet : <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min	Temps de trajet : <input type="checkbox"/> moins de 15 min <input type="checkbox"/> 15 à 30 min

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 : ___ / ___ / ____