

A utiliser pour une première mise en service

Demande urgente

De :	Section N° : Nom de l'agent :	Téléphone :	
Date :		Télécopie :	
Cadre réservé au C.C.A.S.		E-mail :	
A :	Service Clients	Téléphone :	0 810 811 600
E-mail :	contact@technipro.fr	Télécopie :	04 91 46 78 87

1- Bénéficiaire

Monsieur

Madame

Mademoiselle

Nom : Prénom :

2- Personne à contacter pour le Rendez-vous si différent du bénéficiaire

Nom : Prénom :

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

Lien : Famille Ami Voisin Gardien

3- Informations relatives au rendez-vous de l'installation

4- Type d'opérateur téléphonique à titre indicatif

Ligne téléphonique classique

Dégroupage ADSL

Sans ligne téléphonique

5- Options

Détecteur de chute

Code Abonné :

Cadre réservé à Technipro



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- Etat de santé du Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Elocution	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

Condition de santé du bénéficiaire

.....

3- Médecin traitant du bénéficiaire

Nom : Prénom :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet : Téléphone autre :

4- Services d'urgence

Pompiers :

Police municipale :

SAMU :

Etablissement hospitalier habituel :

Service ambulancier :

Etat de santé du Co-Bénéficiaire

	Vue	Ouïe	Elocution	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

Condition de santé du Co-Bénéficiaire

.....

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 :

N°4 : 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(1) :

Tél. travail : Tél. portable : Tél. domicile :

8- Autre intervenant professionnel :

Nom : Prénom : Fréquence visite :

Adresse :Code postal :Ville :

Qualité(1) :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, le dégage de toute responsabilité. Je donne mon accord à Technipro pour saisir en informatique les données me concernant. Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès de Technipro.

Déclare que Technipro ne pourra être tenue responsable des conséquences matérielles qu'entraîneraient une intervention en vue de lui porter aide et assistance.

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.

Fait à : Le : Signature de l'abonné(e) ou de son représentant

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