

Droit d'accès : Les renseignements portés sur ce questionnaire sont indispensables pour mettre en œuvre les moyens de secours que peut éventuellement nécessiter votre état. Certains feront l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi n° 78.17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander qu'ils vous soient communiqués et si besoin est, qu'ils soient rectifiés.

TELE ALARME DEMANDE D'INSTALLATION

1- IDENTIFICATION :

MADAME

MADAMOISELLE

MONSIEUR

NOM : _____ **PRENOM:** _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ **COMMUNE :** _____

ETAGE _____ **ESCALIER** _____ **BATIMENT** _____ **CODE D'ACCES** _____

TELEPHONE : _____

HABITAT :

APPARTEMENT

MAISON INDIVIDUELLE

MAISON DE RETRAITE

RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES

ANIMAL : OUI NON

MODE DE VIE :

ISOLE

COUPLE

HEBERGEMENT(CHEZ LA FAMILLE)

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

TELEALARME N° : ----- INSTALLEE LE : -----

2 – CONSIGNES :

Personnes à prévenir (par ordre de priorité) :

ATTENTION : CLES OBLIGATOIRES ET DISTANCE INFERIEURE A 10 KMS POUR LES DEUX PREMIERES PRIORITES.

1) **NOM/PRENOM** _____

Parenté _____ **Né le :**

Adresse _____

Téléphone : **Personnel** _____

Professionnel _____

Portable _____

Clés : **OUI () NON () Distance :** _____ **km(s)**

2) **NOM/PRENOM** _____

Parenté _____ **Né le :**

Adresse _____

Téléphone : **Personnel** _____

Professionnel _____

Portable _____

Clés : **OUI () NON () Distance :** _____ **km(s)**

3) **NOM/PRENOM** _____

Parenté _____ **Né le :**

Adresse _____

Téléphone : **Personnel** _____

Professionnel _____

Portable _____

Clés : **OUI () NON () Distance :** _____ **km(s)**

4) **NOM/PRENOM** _____

Parenté _____ **Né le :**

Adresse _____

Téléphone : **Personnel** _____

Professionnel _____

Portable _____

Clés : **OUI () NON () Distance :** _____ **km(s)**

3 – SANTE : (renseignements facultatifs à compléter par le demandeur)

Pour les personnes de moins de 65 ans subissant une maladie grave : joindre un certificat médical sous pli confidentiel.

- HANDICAP PHYSIQUE :

	AUCUN	LEGER	MOYEN	IMPORTANT
* Membres supérieurs	()	()	()	()
* Membres inférieurs	()	()	()	()

- HANDICAP SENSORIEL :

	BON	MOYEN	IMPORTANT	NUL
* Visuel	()	()	()	()
* Auditif	()	()	()	()
* Langage	()	()	()	()

- CARTE D'INVALIDITE :

OUI () NON ()

Si oui : TAUX ----- %

Photocopie obligatoire pour les personnes âgées de moins de 65 ans et ne subissant pas de maladie grave.

- RENSEIGNEMENTS DIVERS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE :

- ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

4 – SUIVI MEDICAL :

Médecin traitant :

NOM _____

ADRESSE _____

TELEPHONE _____

Infirmière :

NOM _____

ADRESSE _____

TELEPHONE _____

Médecin Spécialiste :

NOM _____

ADRESSE _____

SPECIALITE _____

TELEPHONE _____

**COORDONNEES DU NOTAIRE CHARGE DE REGLER LA SUCCESSION EN
CAS DE DECES : (facultatif)**

MAITRE : _____

ADRESSE : _____

COORDONNEES TELEPHONIQUES : _____

**Je soussigné(e) _____
demande à bénéficiaire du service de TELE ALARME.**

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions financières.

Fait à _____, le _____

Signature

