

DEMANDE D'INSTALLATION

CADRE RESERVE AU CCAS

A L'attention de Securitas Téléassistance

A adresser par mail ou fax :

@ : clients.teleassistance@securitas.fr

fax : 0 974 50 54 50

DATE :

Nombre de pages (celle-ci comprise)

EMETTEUR : CCAS de Lourdes

Nom :

Téléphone :

fax :

@ :

Communication : Prise téléphonique classique sans Présence Box internet

Présence Box internet (dégroupage total)

Opérateur:

Options : Détecteur de chutes Gardiennage de clé Système main libre

Détecteur de fumée Transmetteur GSM Système mobile

ABONNE(E)

NOM PRENOM:

ADRESSE :

TELEPHONE :

LIGNE DE TELEPHONE EQUIPEMENT :

CONTACT

CONTACT POUR PRISE DE RDV :

TELEPHONE DU CONTACT :

REMARQUE :

FICHE DE RENSEIGNEMENT ABONNE(E)

1/2

NOM : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Type d'habitation : Maison Logement individuel Résidence

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Code d'entrée : Bâtiment : Escalier : Etage : Porte : face gauche droite

Autres précisions concernant l'accès : Aisé Difficile Sur rue Sur cour

.....

Date de Naissance :/...../..... Sexe : F M

Autres personnes vivant au foyer (Préciser nom, prénom, âge, lien de parenté) :

Renseignements Médicaux Abonné(e)

	Bonne	Moyenne	Mauvaise		Bonne	Moyenne	Mauvaise
<u>Ouïe</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Vue</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mobilité</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Elocution</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDECIN TRAITANT :

Adresse du Cabinet :

Tel du Cabinet : Tel Portable : Tel urgence :

SI HOSPITALISATION :

Etablissement :

Nom, adresse et téléphone :

.....

Je soussigné(e).....bénéficiaire du service Securitas Téléassistance autorise Securitas Téléassistance à me faire parvenir les moyens de secours appropriés (Samu, Pompiers, Police, Ambulances ...) surtout en cas d'absence ou de défaillance de mon parrainage (parrains absents ou injoignables). Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés. Je m'engage également à notifier toutes modifications des données me concernant.

A Le/...../..... Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENT ABONNE(E) PERSONNE A PREVENIR

2/2

Personne à prévenir n°1 en cas d'événement

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone mobile 1 : Téléphone mobile 2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :

Personne à prévenir n°2 en cas d'événement

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone mobile 1 : Téléphone mobile 2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :

**Personne à prévenir
En cas d'événement grave (Hospitalisation, problème médical grave etc....)**

NOM : Prénom : Âge :

Clef : OUI NON Disponibilité : Jour Nuit Qualité (tuteur, famille, ami, Voisin,...) :

Si tuteur : Type de mise sous protection :

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone mobile 1 : Téléphone mobile 2 :

Distance du domicile en kilomètres : en temps :

Fiche de renseignements médicaux

A faire remplir par le médecin traitant lors d'une prochaine consultation et à retourner à l'aide de l'enveloppe jointe à Securitas Téléassistance – 2 bis, rue Louis Armand – 75741 Paris Cedex 15

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance : / / Age :

Situation de famille :

Antécédents :

Pathologie prédominante actuelle :

Traitement en cours :

Nature du handicap :

Allergie : Groupe sanguin :

Securitas Téléassistance Sas
2 bis rue Louis Armand
75741 Paris cedex 15
France

Tél 0 800 874 923*
Fax 01 53 98 13 57
Teleassistance securitas.fr

Capital de 25 000 €
793 759 911 RCS Paris
Déclaration d'un organisme
de services à la personne
enregistré sous N° SAP
793759911 le 1^{er} juillet 2013
(Art. L. 7232-1-1 du Code
du travail).

	Bonne	Moyenne	Mauvais
Vue			
Ouïe			
Elocution			
Mobilité			

Cette fiche confidentielle est couverte par le secret médical ; elle est destinée à faciliter l'action des services médicaux d'urgence