



Installateur :

Fiche confidentielle de renseignements et de consignes de sécurité en Téléassistance

Code Transmetteur

Date de mise en service :

Renseignements concernant le bénéficiaire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pathologie(s) déclarée(s) :

Allergie(s) :

Autres observations :

Vision : Bonne Moyenne Nulle

Audition : Bonne Moyenne Nulle

Elocution : Bonne Moyenne Nulle

Cohérence : Bonne Moyenne Nulle

Médecin traitant :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Centre de soin souhaité :

Réseau de solidarité (Destinataires d'alerte) :

Nom :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Clés à disposition : Oui Non

Nom :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Clés à disposition : Oui Non

Nom :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Clés à disposition : Oui Non

Nom :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Clés à disposition : Oui Non

Nom :

Tél. fixe :

Tél. portable :

Clés à disposition : Oui Non