



Département  
des Landes

Pour tout renseignement complémentaire  
Veuillez-vous adresser à la collectivité  
dont vous dépendez (Mairie, CCAS, CIAS)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS TÉLÉALARME

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N°deTéléphone : \_\_\_\_\_

Box internet :  Oui  Non

Adresse : \_\_\_\_\_

### Renseignements obligatoires pour trouver l'habitat

#### **(\*) Personnes prêtes à intervenir sur site « contact »**

Nom Prénom1 : \_\_\_\_\_  clé Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 voisin  famille  prioritaire

Nom Prénom2 : \_\_\_\_\_  clé Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 voisin  famille  prioritaire

*(\*) Renseignements obligatoires : Ces personnes doivent habiter à moins de 10 minutes.*

#### Personnes à prévenir en cas d'accident « référent »

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**ETAT DE SANTE :** AUTONOME  SEMI-DEPENDANT  DEPENDANT

MEDECIN : Dr. \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

INFIRMIERE : M \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Centre Hospitalier ou Clinique souhaité : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**TOUTE MODIFICATION DE RENSEIGNEMENTS** devra être signalée par une nouvelle fiche. Aucune modification ne sera prise en compte par téléphone.

Le : \_\_\_\_\_  
Signature de l'abonné

Cachet administratif