



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 : _____

Mail : _____

(@Personnel , ou appartenant à un « contact » de l'abonné(e).

Box internet : Oui Non

Adresse : _____

Renseignements obligatoires pour trouver l'habitat

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

Nom Prénom1 : _____ clé Tél. : Portable :

Ville : _____ voisin famille prioritaire

Nom Prénom2 : _____ clé Tél. : Portable :

Ville : _____ 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