



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° de Téléphone : _____

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 Prénom 1 : _____ clé Tél. : _____ Portable : _____

Ville : _____

voisin famille prioritaire

Nom Prénom 2 : _____ 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