

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE**Destinataire :** VITARIS 04 90 73 10 28 Demande urgente**A l'attention de :** Vitaris - Agence 13**Adresse :** teleassistance13@vitaris.fr**Date de pose :** ___ / ___ / ___ Option : Option :**LE (S) UTILISATEUR (S)****L'utilisateur principal :** Madame Monsieur**L'utilisateur secondaire :** Madame Monsieur**Nom :** Prénom :**Nom :** Prénom :**Date de naissance :** ___ / ___ / ___**Date de naissance :** ___ / ___ / ___**Téléphone portable :****Téléphone portable :**

Mobilité Elocution Vue Ouie

Mobilité Elocution Vue Ouie

Bonne Mauvaise Bonne Mauvaise

Observations :

Observations :

LE DOMICILE**Adresse :****CP :** _____ **Ville :** _____**Téléphone fixe :** _____ Ligne téléphonique analogique Ligne téléphonique dégroupée**Fournisseur :** Maison Appartement **Bâtiment :** _____**Etage :** ___ **Porte :** _____ Porte blindée Code d'accès : _____ Boîte à clés : _____**Autre personne vivant au domicile :** _____**Lien avec l'abonné(e) :** _____**COMITE DE PARRAINAGE****Parrain 1 :** Madame Monsieur**Parrain 2 :** Madame Monsieur**Nom :** Prénom :**Nom :** Prénom :**Aidant référent :** Oui Non**Aidant référent :** Oui Non**Lien avec le bénéficiaire :****Lien avec le bénéficiaire :****CP :** _____ **Ville :** _____**CP :** _____ **Ville :** _____**Ligne fixe :** _____**Ligne fixe :** _____**Mobile :** _____**Mobile :** _____**Autre :** _____**Autre :** _____**Mail :** _____ @ _____ .**Mail :** _____ @ _____ .**Disponibilité :** 24h/24h Autre : _____**Disponibilité :** 24h/24h Autre : _____**Dépositaire des clés :** Oui Non**Dépositaire des clés :** Oui Non**Temps de trajet :** moins de 15 min 15 à 30 min**Temps de trajet :** moins de 15 min 15 à 30 min**Parrain 3 :** Madame Monsieur**Parrain 4 :** Madame Monsieur**Nom :** Prénom :**Nom :** Prénom :**Aidant référent :** Oui Non**Aidant référent :** Oui Non**Lien avec le bénéficiaire :****Lien avec le bénéficiaire :****CP :** _____ **Ville :** _____**CP :** _____ **Ville :** _____**Ligne fixe :** _____**Ligne fixe :** _____**Mobile :** _____**Mobile :** _____**Autre :** _____**Autre :** _____**Mail :** _____ @ _____ .**Mail :** _____ @ _____ .**Disponibilité :** 24h/24h Autre : _____**Disponibilité :** 24h/24h Autre : _____**Dépositaire des clés :** Oui Non**Dépositaire des clés :** Oui Non**Temps de trajet :** moins de 15 min 15 à 30 min**Temps de trajet :** moins de 15 min 15 à 30 min**AIDANT REFERENT** Madame Monsieur**Nom :** Prénom :**Ligne fixe :** _____**Mobile :** _____**Lien avec le bénéficiaire :****Autre :** _____**CP :** _____ **Ville :** _____**Mail :** _____ @ _____ .**LE MEDECIN****Médecin traitant : Dr** _____**Téléphone :** _____Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. **Signature :** _____**Date :** ___ / ___ / ___



Dossier de Téléassistance

Madame, Monsieur,

Pour la mise en place de la **Téléassistance**, merci de bien vouloir nous retourner les documents ci-dessous :

- Le formulaire dûment rempli
- Une copie du livret de famille
- Le dernier avis d'imposition

Le service du **C.C.A.S.** est à votre disposition pour tout complément d'informations :

au **04 91 96 31 11**

Dans l'attente du retour de votre dossier, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Sylvie ROLLET



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sylvie Rollet'.

Directrice Action Sociale,
Emploi, Seniors, Petite Enfance.



DEMANDE D'INSCRIPTION PLAN CANICULE ET GRAND FROID

Article L.121-6-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

1/ Je soussigné :

NOM :Prénom :.....

Né (e) le : à.....

Adresse :
.....

Téléphone domicile :.....Téléphone portable :.....

sollicite mon inscription sur le registre des personnes à contacter en cas de déclenchement du plan canicule ou grand froid sur demande préfectorale.

2) Je déclare : (cocher la ou les cases correspondant à votre situation)

- Vivre seul
- bénéficiaire d'un service d'aide à domicile (*préciser le nom et le numéro de téléphone*).....
- bénéficiaire d'un service de soins infirmiers à domicile (*préciser le nom et le numéro de téléphone*).....
- bénéficiaire d'un autre service (*préciser le nom et le numéro de téléphone*).....
- ne bénéficiaire d'aucune intervention à domicile

3) Personne de mon entourage à prévenir en cas d'urgence :

Nom et Prénom :.....

N° de téléphone :.....

Fait à Septèmes les Vallons, le