

Téléphone : 05 58 05 40 89  
Fax : 05 58 05 41 41  
Mél : telealarme@cg40.fr

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ N°deTéléphone : \_\_\_\_\_  
Type d'opérateur : \_\_\_\_\_  
*Nota : sous réserve de certains opérateurs internet*

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

## Renseignements obligatoires pour trouver l'habitat

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>* Personnes prêtes à intervenir sur site « contact »</b>			
Nom : _____	<input type="checkbox"/> voisin	<input type="checkbox"/> clé	Tél. : _____ Portable : _____
_____	<input type="checkbox"/> famille	<input type="checkbox"/> clé	Tél. : _____ Portable : _____
_____	<input type="checkbox"/> prioritaire	<input type="checkbox"/> clé	Tél. : _____ Portable : _____
Nom : _____	<input type="checkbox"/> voisin	<input type="checkbox"/> clé	Tél. : _____ Portable : _____
_____	<input type="checkbox"/> famille	<input type="checkbox"/> clé	Tél. : _____ Portable : _____
_____	<input type="checkbox"/> prioritaire	<input type="checkbox"/> clé	Tél. : _____ Portable : _____
<b>* Personnes à prévenir en cas d'accident « référent »</b>			
Nom : _____	Tél. : _____	Portable : _____	
Nom : _____	Tél. : _____	Portable : _____	
Nom : _____	Tél. : _____	Portable : _____	
<b>* Renseignements obligatoires : Cette personne doit habiter à moins de 10 minutes.</b>			

ETAT DE SANTE : AUTONOME ( ) SEMI-DEPENDANT ( ) DEPENDANT ( )

MEDECIN : D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

CENTRE HOSPITALIER OU CLINIQUE SOUHAITE :

\_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN PLAN A4 A CETTE FICHE.**

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