

N° CLIENT

Cadre réservé Securitas Téléassistance

N° TRANS

N° CARTE SIM

En cas de terminal GPRS

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

CCAS Eline

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Bénéficiaire 1

☐ Mme ☐ M.

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Bénéficiaire 2

☐ Mme ☐ M.

(Uniquement si second déclencheur)

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Adresse.....

CP.....Ville.....Bâtiment.....Escalier.....Etage.....

Porte N°Code d'accès..... Téléphone

Précisions complémentaires d'accès au domicile.....

Typologie du logement

☐ Appartement

☐ Maison – Villa

☐ Résidence spécialisée

Autres personnes au foyer.....

Installation

Matériel

- ☐ Terminal classique téléphonique
☐ Terminal GSM-IP sans ligne téléphonique
☐ Système mobile géolocalisé
☐ Autre :

Options

- ☐ Détecteur de chute
☐ Déclencheur supplémentaire
☐ Gardiennage de clés
☐ Détecteur de fumée

Abonnement téléphonie fixe (domicile) ☐ Oui ☐ Non

Numéro de téléphone :

Box internet ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'opérateur téléphonie / internet

Prise(s) téléphonique(s) + prise(s) électrique(s) proches ☐ Oui ☐ Non

Contact Installation : **Tel :**

Informations de santé

Vie Quotidienne

Bénéficiaire 1

Bon

Moyen

Mauvais

Mobilité

☐

☐

☐

Elocution

☐

☐

☐

Vue

☐

☐

☐

Ouïe

☐

☐

☐

☐ Déambulateur

☐ Canne

☐ Appareil auditif

Bénéficiaire 2

Bon

Moyen

Mauvais

Mobilité

☐

☐

☐

Elocution

☐

☐

☐

Vue

☐

☐

☐

Ouïe

☐

☐

☐

☐ Déambulateur

☐ Canne

☐ Appareil auditif

Précisions utiles

Votre médecin traitant est : Nom Tél

E-mail

Securitas Téléassistance SAS 253 Quai de la Bataille de Stalingrad – CS 20169 – 92137 Issy les Moulineaux Cedex

Tél. : +33(0)0805 404 740

www.teleassistance.securitas.fr

Capital de 25 000 € – 793 759 911 RCS Paris – Déclaration d'un organisme de services à la personne enregistré sous N° SAP 793759911 le 1er juillet 2013 (Art. L. 7232-1-1 du Code du travail).

Réseau de proximité bénévole

Contact 1 obligatoire ET avec moyens d'accès	Contact 2 obligatoire ET avec moyens d'accès
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Téléphone 2 :	Téléphone 2 :
Courriel :	Courriel :
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné :
Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)	Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)
Disponibilité : 24h/24	Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h
Contact 3	Personne référente à prévenir en cas de problème constaté
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone 1 :	Téléphone 1 :
Téléphone 2 :	Téléphone 2 :
Courriel :	Courriel :
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné :
Possession des clés : Oui Non	Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h
Temps de parcours : minutes (recommandé : 45 mn)	
Disponibilité : Jour 6h-23h Nuit 23h-6h	

Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la Téléassistance.

Le Client et/ou le Bénéficiaire autorise (autorisons) le Déléataire à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et, en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)), accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans que le Déléataire puisse en aucun cas être tenu responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.).

« Je (nous) m'engage (nous engageons) par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés. »

A....., Le.....

*Nom et signature du client
précédés de la mention « lu et approuvé »*

Cachet du CCAS