

Adresse : 30, rue de la résistance CS 80151 - 42004 Saint Etienne cedex 1

Téléphone : 04 77 43 26 26

Email : teleassistance@aimv.org

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Service de téléassistance Amaelles - AIMV

REPLIR LE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

ABONNÉ(E) / TITULAIRE du CONTRAT

☐ Mr Nom

☐ Mme Prénom

ADRESSE ET COORDONNÉES

N° VOIE (Ex : RUE DES ARBRES)

Code Postal Ville

Bat Etage

Escalier Porte

Téléphone Domicile

Téléphone portable

Email

BOITIER A CLES PERSONNEL

☐ oui ☐ non

Si oui, code

Vous habitez :

☐ un appartement

☐ une chambre en résidence

☐ une maison

☐ avec jardin

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Date de naissance (format jjmmaaaa) Situation familiale

☐ Seul(e) ☐ Couple ☐ Autre

Bénéficiaire de l'APA pour la Téléassistance ? : ☐ oui ☐ non

Mutuelle AESIO : ☐ Oui ☐ Non

si Oui, N° de contrat :

N° de sécurité sociale :

SI TUTELLE OU CURATELLE

Vous êtes ☐ sous tutelle ☐ sous curatelle

Gérant de tutelle ou curatelle

Clé Oui ☐

Adresse

CP

Ville

Tél. Travail

Fax

Portable

Email

2 PERSONNES MINIMUM OU 1 PERSONNE + 1 BOITIER CLES

ENTOURAGE DISPONIBLE / REFERENTS

1	Nom <input style="width: 350px;" type="text"/> Prénom <input style="width: 150px;" type="text"/> Adresse <input style="width: 650px;" type="text"/> CP <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville <input style="width: 250px;" type="text"/> Tél. Domicile <input style="width: 100px;" type="text"/> Travail <input style="width: 100px;" type="text"/> Portable <input style="width: 100px;" type="text"/> Email <input style="width: 650px;" type="text"/> Lien avec l'abonné <input style="width: 250px;" type="text"/> Clé abonné(e) obligatoire : <input checked="" type="checkbox"/> En combien de temps pouvez-vous être chez l'abonné(e) ? <input style="width: 300px;" type="text"/>
2	Nom <input style="width: 350px;" type="text"/> Prénom <input style="width: 150px;" type="text"/> Adresse <input style="width: 650px;" type="text"/> CP <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville <input style="width: 250px;" type="text"/> Tél. Domicile <input style="width: 100px;" type="text"/> Travail <input style="width: 100px;" type="text"/> Portable <input style="width: 100px;" type="text"/> Email <input style="width: 650px;" type="text"/> Lien avec l'abonné <input style="width: 250px;" type="text"/> Clé abonné(e) obligatoire : <input checked="" type="checkbox"/> En combien de temps pouvez-vous être chez l'abonné(e) ? <input style="width: 300px;" type="text"/>
3	Nom <input style="width: 350px;" type="text"/> Prénom <input style="width: 150px;" type="text"/> Adresse <input style="width: 650px;" type="text"/> CP <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville <input style="width: 250px;" type="text"/> Tél. Domicile <input style="width: 100px;" type="text"/> Travail <input style="width: 100px;" type="text"/> Portable <input style="width: 100px;" type="text"/> Email <input style="width: 650px;" type="text"/> Lien avec l'abonné <input style="width: 250px;" type="text"/> Clé abonné(e) obligatoire : <input type="checkbox"/> En combien de temps pouvez-vous être chez l'abonné(e) ? <input style="width: 300px;" type="text"/>
4	Nom <input style="width: 350px;" type="text"/> Prénom <input style="width: 150px;" type="text"/> Adresse <input style="width: 650px;" type="text"/> CP <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Ville <input style="width: 250px;" type="text"/> Tél. Domicile <input style="width: 100px;" type="text"/> Travail <input style="width: 100px;" type="text"/> Portable <input style="width: 100px;" type="text"/> Email <input style="width: 650px;" type="text"/> Lien avec l'abonné <input style="width: 250px;" type="text"/> Clé abonné(e) obligatoire : <input type="checkbox"/> En combien de temps pouvez-vous être chez l'abonné(e) ? <input style="width: 300px;" type="text"/>

Si vous souhaitez nous donner d'autres référents, les noter sur papier libre.

PERSONNE A PREVENIR POUR L'INSTALLATION ET REMARQUES

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Ces informations sont indispensables pour assurer une téléassistance efficace et de bonne qualité pour les services d'urgence.

SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE EXISTANTS

Service	Nom du service	Téléphone	Fréquence passage	Clés
Aide à domicile		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Port de repas		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Soins		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom

Adresse

CP Ville

Tél. Email