



DOSSIER DE LOCATION TELEALARME

MERCI DE COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

PARRAINAGE : OUI NON

PRISE EN CHARGE MAIRIE : OUI NON, Si Oui, Mairie de

DATE DE L'INSTALLATION : / / 20..... N° TRANSMETTEUR :
 Poste relié : RTC (ligne analogique) IP (ligne ADSL) GPRS (GSM)
 Fréquence de test : 1 fois par jour (coût d'un appel local)
 Numéros de la centrale de télésurveillance à contacter : 04 95 56 32 47 ou 06 19 97 84 92 (uniquement par SMS)

ABONNE(E)

NOM : Nom de naissance :

PRENOM :

SEXE: M F

Date de naissance : / / 19..... N° Sécurité sociale :

Vit seul(e) : OUI NON (Si Non, préciser nom prénom :

COORDONNEES

N° TELEPHONE FIXE : N° PORTABLE :

N° Rue :

Résidence/Immeuble : Etage : Porte :

Code Postal : COMMUNE :

Repères :

Localisation des clés si à l'extérieur du domicile :

Présence d'un chien : OUI NON (Méchant : OUI NON - Nom du chien :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM et N° de téléphone du médecin traitant :

Vue :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Nulle
Ouïe :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Nulle
Mobilité :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Nulle
Elocution :	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Nulle

Groupe sanguin : Allergies :

Traitement médical :

Antécédents médicaux :

CONTACTS

Abonné(e) :

Ordre de priorité (1)	CLES	IDENTITE et lien avec abonné(e)	TELEPHONE	
			Fixe	Portable
1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
5	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
6	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
7	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

(1) Exemple : Le numéro 1 sera la personne contactée en priorité, cela peut-être, le voisin le plus proche, ou encore un membre de la famille qui possède les clés (s'il possible).

FEDERATION DE LA HAUTE-CORSE
 L'Association du Service à Domicile
 Lieu dit Micoria - route de la Canonica - 20290 Lucciana
 ☎ : 04.95.36.18.47- ☎ : 04.95.59.01.20

Association loi 1901 regroupant 26 associations locale, agréées par le Ministère Chargé des Affaires sociales, membre de l'UDAF

RETRACTATION

- Si dans un délai de 14 jours à compter de la date de signature du présent contrat, vous souhaitez vous désengager, veuillez nous retourner ce document à :

FEDERATION ADMR de Haute-Corse

Lieu-dit Micoria

Route de la Canonica

20290 LUCCIANA

- Vous pourrez procéder de même si, en cours de contrat, vous désirez le résilier dans le cadre de l'article 11 du contrat de prestation service téléalarme.

Je soussigné(e) M^{me}, M^{lle}, M.⁽¹⁾

demeurant à

Déclare vouloir mettre fin à mon contrat d'abonnement avec l'ADMR de la Haute-Corse à compter du / /

Le transmetteur N° avec son équipement complet, est à l'association de :

Cette rétractation ne sera prise en compte qu'après restitution du poste

A

le / / 20.....

Signature

(1) Rayer la mention inutile