



# 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).

## 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<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup>, M.<sup>(1)</sup> .....

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

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 locales, agréées par le Ministère Chargé des Affaires sociales,  
membre de l'UDAF'UDAF