



Conseil
Général
des Landes

FICHE DE RENSEIGNEMENTS TÉLÉALARME

Téléphone : 05.58.05.40.89

Mél : telealarme@cg40.fr

Direction de la Solidarité Départementale

NOM : _____

Prénom: _____

Date de naissance : / /

N°deTéléphone : _____

Type d'opérateur : _____

Nota:Live box dégroupée ne fonctionne pas

Adresse : _____

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES POUR TROUVER L'HABITAT :

NOM , NUMERO DE TELEPHONE DE LA FAMILLE LA PLUS PROCHE OU PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

		Personne prête à intervenir
Pers1	Tél:	<u>Nom</u> : _____
Pers2	Tél:	<u>Tél 1</u> :
Pers3	Tél:	<u>Tél 2</u> :

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

MEDECIN : Dr _____ Ville : _____ Tél : _____
INFIRMIERE : M _____ Ville : _____ Tél : _____

CENTRE HOSPITALIER OU CLINIQUE SOUHAITE : _____ **Tél :** _____

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN PLAN A4 A CETTE FICHE.

TOUTES LES PARTIES SONT A REMPLIR SANS EXCEPTION, SURTOUT LA PARTIE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES .

De plus le Conseil Général des Landes ne garantit le bon fonctionnement de l'appareil qu'avec l'opérateur téléphonique France Télécom. En cas de changement d'opérateur, à charge de l'abonné d'en informer le Service Téléalarme pour un contrôle de bon fonctionnement.

Le / /
Signature de l'abonné

Cachet Administratif