

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

1a - ABONNE :

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :	Prénom :	
Téléphone fixe :	Tél. Gsm :	
Adresse Bât/Tour :	Code entrée 1 :	Code entrée 2 :
Esc./Asc :	Etage :	Porte :
	Pavillon <input type="checkbox"/>	RPA Foyer Logement <input type="checkbox"/>
Numéro :	Rue :	
Code Postal :	Ville :	
Animaux domestiques :		

1b - AIDANT REFERENT : la personne qui vous aide le plus dans votre quotidien

<input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom :	Prénom :
Tél. fixe :	Tél. Gsm :	E-mail :

2a - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné principal :

Date de naissance :

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

2b - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné secondaire :

Date de naissance :

Nom :	Prénom :	lien avec l'abonné :
Vue	Ouïe	Elocution
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle
Informations complémentaires		

3 - MÉDECIN TRAITANT

Nom :	Prénom :
Tél 1 :	Tél 2 :
e-mail :	
Adresse numéro :	Rue :
Code Postal :	Ville :

4 - PERSONNE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT QUE L'ABONNÉ autre que l'abonné secondaire

Nom-Prénom :	Année de Naissance :
Lien avec l'abonné :	Tél. Gsm :

Toute modification ultérieure doit impérativement être signalée à Mondial Assistance

Date : / / 20.....	Signature de l'abonné :	Cachet de l'organisme émetteur
-----------------------------------	-------------------------	--------------------------------

Document à adresser à :	MONDIAL ASSISTANCE <small>Services des Abonnements</small> 81 rue Pierre Sémard 92320 CHÂTILLON	Tél : 01 46 12 12 10 Fax : 01 46 12 12 14 www.gts-teleassistance.com info@gts-teleassistance.com
--------------------------------	---	---

