Bluelinea
SERVICES - H24 7/7

Ville de Malakoff

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

Coordonnées du (des) bénéficiaire(s)

Bénéficiaire 1 ☐ Mme ☐ M.	**Bénéficiaire 2** ☐ Mme ☐ M. *(Uniquement si second déclencheur)*
Nom	Nom .....
Prénom	Prénom .....
Date de naissance ...../...../.....	Date de naissance ...../...../.....

Adresse.....

CP.....Ville.....Bâtiment.....Escalier.....Etage.....

Porte N° .....Code d'accès..... Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Précisions complémentaires d'accès au domicile.....

Typologie du logement ☐ Appartement ☐ Maison – Villa ☐ Résidence spécialisée

Autres personnes au foyer.....

Formule d'abonnement

Matériels	**Options**
☐ **Transmetteur domicile RTC**	☐ **Détecteur de chute**
☐ **Transmetteur domicile GPRS**	☐ **Détecteur de chute**
☐ **Émetteur supplémentaire**	

Contact Installation :..... **Tel :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Informations bénéficiaire

Vie Quotidienne

Bénéficiaire 1	**Bon**	**Moyen**	**Mauvais**	**Bénéficiaire 2**	**Bon**	**Moyen**	**Mauvais**
Mobilité	☐	☐	☐	**Mobilité**	☐	☐	☐
Élocution	☐	☐	☐	**Élocution**	☐	☐	☐
Vue	☐	☐	☐	**Vue**	☐	☐	☐
Ouïe	☐	☐	☐	**Ouïe**	☐	☐	☐
☐ **Déambulateur** ☐ **Canne**				☐ **Déambulateur** ☐ **Canne**			
☐ **Appareil auditif**				☐ **Appareil auditif**			

Handicap éventuel (fauteuil roulant, ...) :.....

Animal de compagnie :.....

Bluelinea
SERVICES - H24 7/7

Ville de Malakoff

Réseau de proximité bénévole

Contact 1 obligatoire ET avec moyens d'accès	Contact 2 avec moyens d'accès
Nom :.....	Nom :.....
Prénom :.....	Prénom :.....
Téléphone 1 : | | | | | | | | | |	Téléphone 1 : | | | | | | | | | |
Téléphone 2 : | | | | | | | | | |	Téléphone 2 : | | | | | | | | | |
Courriel :	Courriel : .....
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné : .....
Possession des clés : ☐ Oui ☐ Non	Possession des clés : ☐ Oui ☐ Non
Temps de parcours : ..... Minutes (recommandé : 45 mn)	Temps de parcours : ..... Minutes (recommandé : 45 mn)
Disponibilité : ☐ Jour 6h-23h ☐ Nuit 23h-6h	Disponibilité : ☐ Jour 6h-23h ☐ Nuit 23h-6h

Contact 3	Personne référente à prévenir en cas de problème constaté
Nom :	Nom : .....
Prénom :.....	Prénom :.....
Téléphone 1 : | | | | | | | | | |	Téléphone 1 : | | | | | | | | | |
Téléphone 2 : | | | | | | | | | |	Téléphone 2 : | | | | | | | | | |
Courriel :	Courriel : .....
Lien avec l'abonné :	Lien avec l'abonné : .....
Possession des clés : ☐ Oui ☐ Non	Possession des clés : ☐ Oui ☐ Non
Temps de parcours : ..... Minutes (recommandé : 45 mn)	Temps de parcours : ..... Minutes (recommandé : 45 mn)
Disponibilité : ☐ Jour 6h-23h ☐ Nuit 23h-6h	Disponibilité : ☐ Jour 6h-23h ☐ Nuit 23h-6h

Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la Téléassistance.

Le Client et/ou le Bénéficiaire autorise Bluelinea Services à me faire parvenir les moyens de secours appropriés et, en cas de défaillance de mon comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du Bénéficiaire), accepte que ceux-ci pénètrent mon domicile par tout moyen utile pour me porter assistance sans que Bluelinea puisse en aucun cas être tenu responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.).
« Je m'engage par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés. »

A....., Le.....

Nom et signature du client
Précédés de la mention « lu et approuvé »