

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ABONNE

Nom - Prénom : Date de Naissance :

Adresse :

..... Téléphone :

ACCES AU LOGEMENT

☐ MAISON

☐ IMMEUBLE

☐ RPA/RES. AUTONOMIE

Bât/Tour : Code entrée : Etage : Porte :

LIGNE TÉLÉPHONIQUE

☐ RTC (basique)

☐ Internet avec box

☐ Aucune

Opérateur : ☐ Orange ☐ Bouygues ☐ SFR ☐ Free ☐ Autre (précisez).....

MEDECIN TRAITANT

Nom : Adresse :

..... Téléphone cabinet :

Nom du remplaçant : Téléphone remplaçant :

DEPOSITAIRES DES CLES

Nom - Prénom : Lien Parenté :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. prof. : Portable :

Nom - Prénom : Lien Parenté :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. prof. : Portable :

Nom - Prénom : Lien Parenté :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. prof. : Portable :

PERSONNE A CONTACTER POUR L'INSTALLATION

Nom - Prénom : Lien Parenté :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. prof. : Portable :