





Titulaire :	N° 5	LR
Adresse :	Tél :	
Point GPS :	Section :	
Code Post/Commune :	Date M.E.S. :	

Renseign.ts :	Jardin		Cour		Etage		Cave		Pavillon	OUI	NON
----------------------	--------	--	------	--	-------	--	------	--	----------	-----	-----

Santé	Gpe sang :		Rhésus :		Né(e) le :	
<u>Titulaire :</u>	Médecin :		Tél. :		<input type="text"/>	
	Si hospitalisation, prévenir :		Tél. :		<input type="text"/>	
Sexe	Vision		Moyenne		Mauvaise	
<input type="checkbox"/>	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
Médailleon	Cécité	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Audition		Moyenne		Mauvaise	
Bracelet	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Surdité	<input type="checkbox"/>	Appareillé	<input type="checkbox"/>		
Mobilité		Bonne	Moyenne	Mauvaise		
	Cannes	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Faut. Roulant	<input type="checkbox"/>
	Alité	<input type="checkbox"/>	Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>		
Elocution		Bonne	Moyenne	Mauvaise		
	Muet(te)	<input type="checkbox"/>	Aphasique	<input type="checkbox"/>		
Antécédents : Alzheimer - Arthrose - AVC - Cardiaque - Pacemaker - Chute beaucoup - Malaise - Diabète Hémiplégique - Hypertension - Hypotension - Ostéoporose - Parkinson - Probl. Respi. - Anticoagulants						

Conjoint :	Gpe sang :		Rhésus :		Né(e) le :	
Nom :	Médecin :		Tél. :		<input type="text"/>	
	Si hospitalisation, prévenir :		Tél. :		<input type="text"/>	
Prénom :	Vision		Moyenne		Mauvaise	
	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
Sexe	Cécité	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Audition		Moyenne		Mauvaise	
Médailleon	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Surdité	<input type="checkbox"/>	Appareillé	<input type="checkbox"/>		
Bracelet	Mobilité		Moyenne		Mauvaise	
<input type="checkbox"/>	Cannes	<input type="checkbox"/>	Déambulateur	<input type="checkbox"/>	Faut. Roulant	<input type="checkbox"/>
	Alité	<input type="checkbox"/>	Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>		
Elocution		Bonne	Moyenne	Mauvaise		
	Muet(te)	<input type="checkbox"/>	Aphasique	<input type="checkbox"/>		
Antécédents : Alzheimer - Arthrose - AVC - Cardiaque - Pacemaker - Chute beaucoup - Malaise - Diabète Hémiplégique - Hypertension - Hypotension - Ostéoporose - Parkinson - Probl. Respi. - Anticoagulants						

<u>Accès Poire</u>	<u>Interphonie</u>	<u>Détecteur fumée</u>	<u>Type app :</u>	N° 1000
--------------------	--------------------	------------------------	-------------------	----------------

C O N T A C T S	1)			 <input type="checkbox"/>	Tél dom. :	
	Qualité :	Disponibilité :	Distance :		Tél port. :	
					Tél bur. :	
	2)			 <input type="checkbox"/>	Tél dom. :	
	Qualité :	Disponibilité :	Distance :		Tél port. :	
					Tél bur. :	
	3)			 <input type="checkbox"/>	Tél dom. :	
	Qualité :	Disponibilité :	Distance :		Tél port. :	
					Tél bur. :	
	4)			 <input type="checkbox"/>	Tél dom. :	
	Qualité :	Disponibilité :	Distance :		Tél port. :	
					Tél bur. :	

Animaux	
----------------	--

Présences Aide à domicile	Organisme :	
	Téléphone :	
	Lundi	De : À :
	Mardi	De : À :
	Mercredi	De : À :
	Jeudi	De : À :
	Vendredi	De : À :
Samedi	De : À :	

Remarques V5/2016	Opérateur Téléphonique :	Date :
	Internet ADSL :	Signature adhérent :