





Titulaire :		N° 5		LR			
Adresse :		Tél :					
Point GPS :		Section :					
Code Post/Commune :		Date M.E.S. :					
Habitation :		Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Jardin <input type="checkbox"/> Cour <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/> Sous-sol <input type="checkbox"/>					
Santé		Gpe sang : Rhésus : Né(e) le :					
<u>Titulaire :</u>		Médecin :		Tél. : <input type="text"/>			
		Si hospitalisation, prévenir :		Tél. : <input type="text"/>			
Sexe <input type="checkbox"/> Médaillon <input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/>	Vision	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Cécité	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>		
	Audition	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Surdité	<input type="checkbox"/>	Appareillé	<input type="checkbox"/>		
	Mobilité	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>	
	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							
Cohabitant :		Gpe sang : Rhésus : Né(e) le :					
<u>Nom et prénom :</u>		Médecin :		Tél. : <input type="text"/>			
		Si hospitalisation, prévenir :		Tél. : <input type="text"/>			
Lien de parenté : Sexe <input type="checkbox"/> Médaillon <input type="checkbox"/> Bracelet <input type="checkbox"/>	Vision	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Cécité	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>		
	Audition	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
		Surdité	<input type="checkbox"/>	Appareillé	<input type="checkbox"/>		
	Mobilité	Bonne	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Moyenne	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>	
	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							

Accès Poire		Interphonie		Déecteur fumée		Type app :		N° 1000	
CONTACTS	1)						Tél dom. :		
	<div><div></div></div>						Tél port. :		
	Qualité :		Disponibilité :		Distance :		Tél bur. :		
	2)						Tél dom. :		
	<div><div></div></div>						Tél port. :		
	Qualité :		Disponibilité :		Distance :		Tél bur. :		
	3)						Tél dom. :		
	<div><div></div></div>						Tél port. :		
Qualité :		Disponibilité :		Distance :		Tél bur. :			
4)						Tél dom. :			
<div><div></div></div>						Tél port. :			
Qualité :		Disponibilité :		Distance :		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	Ligne Téléphonique :		Opérateur :				Renseignement donnés par l'adhérent		
			Type :				Date :		
	Inhibition des tests IP : <div></div>						Signature adhérent : précédé de la mention "Lu et Approuvé"		