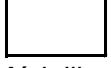
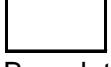
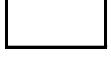
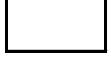


Titulaire : Adresse : Point GPS : Code Post/Commune :			N°	5	LR
			Tél. :		
			Section : Date M.E.S. :		
Habitation :		Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Jardin <input type="checkbox"/> Cour <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/> Sous-sol <input type="checkbox"/>			
Santé <u>Titulaire</u> : Sexe  Médaille  Bracelet 		Gpe sang : Rhésus : Né(e) le : Médecin : Tél. : Si hospitalisation, prévenir : Tél. :			
Vision Bonne <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Audition Bonne <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Mobilité Cannes <input type="checkbox"/> Alité <input type="checkbox"/> Elocution Bonne <input type="checkbox"/> Muet(te) <input type="checkbox"/>		Moyenne <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Appareillé <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Aphasiqe <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
Antécédents : Alzheimer - Arthrose - AVC - Cardiaque - Pacemaker - Chute beaucoup - Malaise - Diabète Hémiplégique - Hypertension - Hypotension - Ostéoporose - Parkinson - Probl. Respi. - Anticoagulants					
<u>Cohabitant</u> : Nom et prénom : Lien de parenté : Sexe  Médaille  Bracelet 		Gpe sang : Rhésus : Né(e) le : Médecin : Tél. : Si hospitalisation, prévenir : Tél. :			
Vision Bonne <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Audition Bonne <input type="checkbox"/> Surdité <input type="checkbox"/> Mobilité Cannes <input type="checkbox"/> Alité <input type="checkbox"/> Elocution Bonne <input type="checkbox"/> Muet(te) <input type="checkbox"/>		Moyenne <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Appareillé <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Aphasiqe <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
		Mauvaise <input type="checkbox"/>			
Antécédents : Alzheimer - Arthrose - AVC - Cardiaque - Pacemaker - Chute beaucoup - Malaise - Diabète Hémiplégique - Hypertension - Hypotension - Ostéoporose - Parkinson - Probl. Respi. - Anticoagulants					

Accès Poire		Interphonie		Détecteur fumée		Type app :	N° 1000
-------------	--	-------------	--	-----------------	--	------------	---------

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

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 Date : Signature adhérent : précédé de la mention "Lu et Approuvé"
		Type :		
		Inhibition des tests IP :	<input type="checkbox"/>	