

1. Association Locale Présence Verte (Retourner le document complété à l'adresse ci-dessous)

Nom : Présence Verte Touraine

Adresse : 19 avenue de Vendôme - 41000 BLOIS

Téléphone : 02 54 44 87 26

Mail : pv41@presenceverte.fr

2. Prescripteur (Demandeur)

Civilité : Madame Monsieur Autre à préciser :

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec l'abonné : _____

Tél. : _____

2^{ème} Tél.: _____

Adresse : _____

Mail : _____ @ _____

3. Futur abonné

Civilité : Madame Monsieur Autre à préciser :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : __/__/____

Tél. : _____

(Liste rouge : Oui Non)

2^{ème} Tél.: _____

Adresse : _____

RESEAU DE SOLIDARITE 2 personnes minimum

Famille, amis ou voisins qui peuvent venir apporter de l'aide.

Intervenant n°1

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : __/__/____

Rue/Bd _____

Code Postal _____ Ville _____ Dispose des clés : OUI NON

Disponibilité : totale partielle nuit jour week-end

Réseau : aide domicile enfants petits-enfants ami voisin autre

Tél.: domicile _____ Tél.: travail _____

Tél.: portable _____

Mail : _____ @ _____

Intervenant n°2

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : __/__/____

Rue/Bd _____

Code Postal _____ Ville _____ Dispose des clés : OUI NON

Disponibilité : totale partielle nuit jour week-end

Réseau : aide domicile enfants petits-enfants ami voisin autre

Tél.: domicile _____ Tél.: travail _____

Tél.: portable _____

Mail : _____ @ _____

Fait à Le

Signature du demandeur

Demande de téléassistance Présence Verte

4. Coordonnées du médecin traitant

Civilité : Madame Monsieur Autre à préciser :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Informations complémentaires :

.....

.....

5. Personne à appeler en cas d'urgence

Civilité : Madame Monsieur Autre à préciser :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Informations complémentaires :

.....

.....