

Service GEOLOC – Formulaire d'abonnement

Cadre réservé à Equinoxe

Type de matériel :

Véga

Zone de sécurité jour :(Minimum 750 m)

Zone de sécurité nuit :

Bouton d'alerte oui non

N° du bracelet :

.....

Date d'installation : matin après-midi

A renvoyer à :

EQUINOXE
163, rue de Charenton
75012 PARIS

ABONNE

Nom : Prénom :

Téléphone : Date de naissance : / /

Mot de passe :

Situation familiale : seul en couple autre :

Motif de la mise en place :

Etat de santé :

Personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : oui non

Type de logement :

Appartement Maison Chambre dans établissement

ABONNEMENT RESIDENCE

Nom de l'établissement :

Nom du groupe :

PENSIONS ET RETRAITES

Caisse de retraite :

ADRESSE COMPLETE

Etage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° rue

Lieu-dit :

Code postal : Ville :

INTERVENANTS / REFERENTS

1 -Nom : Prénom :
 Résidence/foyer : oui non
 Portable : lien avec l'abonné :
 Domicile :
 Travail :
 Référent principal ? Oui non

2- Nom : Prénom :
 Résidence/foyer : oui non
 Portable : lien avec l'abonné :
 Domicile :
 Travail :
 Référent principal ? Oui non

3- Nom : Prénom :
 Résidence/foyer : oui non
 Portable : lien avec l'abonné :
 Domicile :
 Travail :
 Référent principal ? Oui non

PROTECTION JURIDIQUE

L'abonné est-il sous tutelle ? oui non
 Si oui,
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Lien avec l'abonné :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

Vous avez connu Equinoxe par : famille média Médical mobile
 Autre association :
 Entourage / voisinage commune Résidence
 Caisse de retraite services médicaux

Demande effectuée par : famille services médicaux
 Entourage / voisinage futur abonné
 Autre association :
 Établissement d'accueil

Motif de la demande : prévention errance / fugue
 Sortie d'hôpital