



N° de TEL.de la TELEASSISTANCE 24H/24H  
**02.99.54.48.48**

N° de FAX de la TELESURVEILLANCE 24H/24H  
**02.99.54.30.49**

ADRESSE MAIL CUSTOS  
**custos@scutum.fr**

**FICHE DE LIAISON POUR CONTRAT D'UN APPAREIL DE  
TELEASSISTANCE**

**La Société CUSTOS,**  
146 E Route de LORIENT CS 93931, immatriculée au registre du  
commerce et des sociétés de Rennes sous le n° 353 585 458.  
Agrément Service à la personne N°200208F035S250.

Date de raccordement :

Concernant l'abonné suivant :

Monsieur

Madame

Couple

NOM :

Prénom :

Date de naissance

Adresse du site en téléassistance

Complément d'adresse

Bât/Tour

Esc/Asc

Code postal : Ville :

Etage

Porte

Téléphone :

**CONSIGNES D'EXPLOITATION**

| VUE   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Bonne              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Moyenne |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise           |
| <input type="checkbox"/> Nulle              |

| OUIE                              |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonne    |
| <input type="checkbox"/> Moyenne  |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise |
| <input type="checkbox"/> Nulle    |

| ELOCUTION                         |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonne    |
| <input type="checkbox"/> Moyenne  |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise |
| <input type="checkbox"/> Nulle    |

| MOBILITE                          |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bonne    |
| <input type="checkbox"/> Moyenne  |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise |
| <input type="checkbox"/> Nulle    |

**INFORMATIONS POUR RACCORDEMENT**

.....

.....

.....

.....

.....

| <b>PERSONNES A PREVENIR</b><br>(Dans l'ordre) |  | <b>TELEPHONE</b><br>(Dans l'ordre) | <b>Famille<br/>Voisinage<br/>Ami(e)s</b><br>(Autres) |
|---|--|------------------------------------|--|
| 1   |  |                                    |  |
| 2   |  |                                    |  |
| 3   |  |                                    |  |
| 4   |  |                                    |  |
| 5   |  |                                    |  |
| 6   |  |                                    |  |
| 7   |  |                                    |  |
| 8   |  |                                    |  |
| 9   |  |                                    |  |
| 10  |  |                                    |  |

Informations complémentaires :

| <b>Médecin Traitant</b> |  | <b>Consignes particulières</b> |
|-------------------------|--|--------------------------------|
| Nom : Dr                |  |                                |
| Tél. Cabinet            |  |                                |
| Tél Domicile            |  |                                |
| Tél Portable            |  |                                |

#### **MODIFICATION DES CONSIGNES**

La communauté de communes des Aspres et la mairie certifient sincères et véritables les informations notées sur cette fiche. En cas de modification quelconque de l'une de ces informations, elles s'engagent à informer CUSTOS.