



ASSOCIATION BOURGUIGNONNE  
DE RECHERCHES ET D'INTERVENTIONS

Notre proximité optimise votre sécurité

Date :

Cadre réservé à l'A.B.R.I.

N° d'alarme :

Géré par :

## *FICHE D'INSCRIPTION TELEASSISTANCE*

**NOM Prénom :**

**Seul(e) / couple**

**Date et lieu de naissance :**

**Adresse :**

**Type de logement (maison, app.) :**

**Localisation exacte (étage) :**

**N° de téléphone :**

**(Liste Rouge) :**

**Etat de santé :**

- audition :
- élocution :
- motricité :
- autre :

**Rendez-vous pour l'installation :**

- l'intéressé(e) :
- autre :

**Personnes à prévenir** (au minimum 2) :

	1	2	3
NOM Prénom :			
Lien de parenté :			
Adresse :			
N° tél domicile :			
N° tél travail :			
N° tél portable :			

Gendarmerie concernée pour l'abonné(e) :