

QUESTIONNAIRE SUR LES CONDITIONS D'ISOLEMENT

COMPLEMENT D'INFORMATIONS AU DOSSIER DE DEMANDE D'ABONNEMENT AU RESEAU DE TELE-ASSISTANCE

* ISOLEMENT

EST-CE QUE VOUS VIVEZ SEUL ?

	OUI	NON
AVEC QUI : - CONJOINT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PARENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COUSIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENDRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* SI VOUS NE VIVEZ PAS SEUL

LES PERSONNES AVEC LESQUELLES VOUS VIVEZ SONT-ELLES PRESENTES ?

	OUI	NON
LA JOURNEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA NUIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* SI VOUS VIVEZ SEUL

AVEZ-VOUS DE LA FAMILLE DANS LE VOISINAGE, A PROXIMITE DU LIEU AVEC
LE VOISINAGE FREQUENT ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE D'UTILISER LE TRANSMETTEUR ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>