



PÔLE AFFAIRES SOCIALES

Service Repas à domicile

DATE DE 1 ère LIVRAISON SOUHAITEE : _____

Bénéficiaire N°1 Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :

Bénéficiaire N°2 Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Particularité pour accéder au domicile :

Code postal : **Commune :**

Téléphone (obligatoire) : à usage interne uniquement

Nom du médecin traitant : **Tél :**

Commune :

⇒ **PERSONNES A CONTACTER** en cas de besoin ou d'urgence :

Nom Prénom	Lien avec la personne	Téléphone Portable	Autre Téléphone	Mail	Adresse Code Postal et Commune

⇒ **RENSEIGNEMENTS pour bénéficiaire du service de repas à domicile :**

Type de repas souhaité : - O Normal - O sans sel - O sans sucre - O végétarien

Observations : _____

NOM Prénom du signataire

Date et Signature

Cadre réservé à l'administration
Modalités :

- Facture
- Ticket
- Attestation