



CCAS SAINT BRICE S/S FORET

Service Maintien à Domicile Portage de Repas à Domicile

FICHE D'INSCRIPTION

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

Adresse :
.....

Bâtiment :

Etage :

Code d'accès :

Interphone :

Clef spécifique :

Téléphone :

CONJOINT :

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

Etes-vous sous tutelle ou curatelle ? **Oui** **Non**

Si oui – coordonnées :
.....
.....

MEDECIN TRAITANT :

NOM :
Téléphone :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM :
Prénom :
Lien :
Adresse :

Téléphone :

Je souhaite bénéficier du service de portage de repas les jours suivants (1) :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

(1) Cochez la ou les cases correspondantes

A compter du :

Adresse de Facturation
et/ou courriers :

Observations :

TARIF : € / Repas

REPAS COUPLE : OUI NON

Je certifie, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à respecter les conditions générales de fonctionnement du service figurant sur le document intitulé « Règlement du fonctionnement » joint en annexe.

Fait à Saint Brice s/s Forêt,

Le

Signature :

Pièces à fournir :

- **Certificat médical notifiant l'absence de régime alimentaire spécifique**
- **Avis d'imposition**