



SERVICE DE PORTAGE DE REPAS  
FICHE D'INSCRIPTION



Nom-Prénom		
Né( e ) le		à
Téléphone		
Adresse de livraison du repas		
Complément (code, étage, n° porte...)		
Adresse de facturation		
Retraité ( e ) MSA	OUI*	NON*      *rayer la mention inutile
<b>OBLIGATOIRE - Personne référent de la famille</b>	Nom et Qualité (enfant...)	
	Adresse	
	Téléphone	
Médecin traitant	Nom et téléphone	
Service d'aide à domicile ou infirmier	Nom et téléphone	
Avez-vous confié un double de vos clés à un proche?      OUI*      NON*      *rayer la mention inutile		
<u>Si oui</u>	Nom	
	Adresse	
	Téléphone	
Voudriez-vous confier un double de vos clés au service de portage de repas?		
OUI*      NON*      *rayer la mention inutile		

Je souhaite bénéficier du portage de repas du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Pour les jours suivants:  Lundi  Mardi  Mercredi  
 Jeudi  Vendredi  Samedi  
 Dimanche

<u>REGIME SANS SEL</u>	<input type="checkbox"/> OUI*	<input type="checkbox"/> NON*	*rayer la mention inutile
------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------

ALLERGIES ALIMENTAIRES:

AUTRES OBSERVATIONS ET PREPARATION DU REPAS (coupé, hâché...):

Signature:

Date:

Pour tout renseignements ou en cas d'absence  
veuillez contacter Mlle MOUZER Pauline en Mairie au 02.96.15.44.00  
Mairie de Trébeurden 7-9 rue des Plages - 22560 TREBEURDEN -  
Tél: 02.96.15.44.00 Fax: 02.96.15.40.03 - Email:ccas@trebeurden.fr