



SERVICE DE PORTAGE DE REPAS FICHE D'INSCRIPTION

INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Nom et prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Motif de la demande :

Perte d'autonomie Maladie Retour d'hospitalisation

Autre (précisez) : _____

Adresse de livraison du repas :

N° : _____ Rue : _____

Complément (code, étage, n° de porte) _____

Adresse de facturation (si différente de l'adresse de livraison) :

Régime de retraite MSA : OUI NON

Membre de la famille référent :

Nom, prénom et qualité (enfant...) : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : ____/____/____/____/____

Médecin traitant :

Nom : _____ Téléphone : ____/____/____/____/____

Service d'aide à domicile ou infirmier :

Nom : _____ Téléphone : ____/____/____/____/____

MODALITÉS DE PORTAGE DES REPAS

- Un double des clés du logement a été confié à un proche : OUI NON

Si oui, merci de préciser son nom, prénom et adresse :

Téléphone : ____/____/____/____/____

- Vous souhaitez confier un double des clés du logement au service de portage de repas : OUI NON

- Vous souhaitez bénéficier du portage des repas du ____/____/____ au ____/____/____

- Vous souhaitez que les repas soient portés les jours suivants :

- Lundi Mardi Mercredi Jeudi
 Vendredi Samedi Dimanche

RÉGIME ALIMENTAIRE

Régime sans sel : OUI NON

Allergies alimentaires : OUI NON

Si oui, merci de préciser lesquelles :

Autres observations sur la préparation du repas (coupé, haché...) :

Date : ____/____/____

Signature :