



DOSSIER N° /

Contact CCAS Tél 04 67 00 81 81 // Contact Repas Tél 04 67 77 41 88 // 06 38 82 08 57

## FICHE de DEMANDE D'INSCRIPTION SERVICE DE PORTAGE DE REPAS

### Bénéficiaire :

Nom /Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Livraison souhaitée à compter du :.....

Régime alimentaire .....

### Contacts :

**Médecin traitant** .....

Adresse.....

Téléphone.....

**Infirmier/ère**.....

Téléphone.....

**Personne à contacter (famille voisin tuteur)** .....

Adresse.....

Téléphone.....

**2<sup>ème</sup> Personne à contacter**.....

Adresse.....

Téléphone.....

### Pièces à Fournir :

- Copie Pièce d'identité
- Justificatif de domicile
- En cas de régime : Certificat médical
- Pour les bénéficiaires de l'APA : Copie Justificatif d'attribution, Relevé d'Identité bancaire et signature de l'autorisation de prélèvement

Le bénéficiaire reconnaît avoir reçu un exemplaire du règlement du service de portage de repas, et s'engage par la présente à le respecter.

Fait à Bessan, le

Signature du bénéficiaire, précédée de la Mention « Lu et Approuvé »

Cadre réservé à l'administration

Inscription  acceptée  refusée motif : .....

Signature : S. CARMINATTI / E. LALANDE