

PORTAGE DE REPAS

Date de la première livraison :

Date d'arrêt de livraison :

BÉNÉFICIAIRE DU PORTAGE DE REPAS

NOM :

Prénom :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

.....

.....

Date de naissance :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Choix du type de menu :

- Menu classique : oui non
- Menu léger :
 - sans graisse : oui non
 - sans sel : oui non
- Menu hypocalorique : oui non
- Menu mixé : oui non
- Menu diabétique : oui non
- Menu diabétique sans gras et sel : oui non
- Menu haché : oui non

Votre retraite principale :

- Régime agricole : oui non
- Régime générale (CARSAT : ex-CRAM): oui non
- RSI : oui non
- Autres, préciser :

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?

oui non

Souhaitez-vous être appelé :

- en cas d'épisode caniculaire ? oui non
- ou de catastrophe naturelle ? oui non

PERSONNES PROCHES DANS VOTRE ENTOURAGE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

1^{ÈRE} PERSONNE

NOM :

Prénom :

Lien de parenté avec le bénéficiaire :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

2^{ÈME} PERSONNE

NOM :

Prénom :

Lien de parenté avec le bénéficiaire :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

MÉDECIN TRAITANT

NOM et PRÉNOM :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie de la carte d'identité
- Copie de l'avis d'imposition