



CUISINE CENTRALE PORTAGE REPAS A DOMICILE

BÉNÉFICIAIRE(S) DES REPAS

Bénéficiaire 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Bénéficiaire 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : (fixe) Tél : (portable)

Émail :

Équipement assistance médicale : OUI NON

Personnes à contacter en cas d'urgence : Nom

Tél : (fixe) Tél : (portable)

La prestation sera facturée :

Au demandeur ou Au bénéficiaire

DEMANDEUR (A remplir seulement si vous n'êtes pas le bénéficiaire)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél : (fixe) Tél : (portable)

Émail :

CONDITIONS A REMPLIR POUR BÉNÉFICIER DE CE SERVICE

- Âgé (e) d'au moins 60 ans
- Titulaire d'une carte d'invalidité d'au moins 80 %
- Souffrant d'une affection de longue durée
- En convalescence (dépendant(e), suite à une hospitalisation)

PRESTATIONS SOUHAITÉES

Date du début de la prestation :

Date de fin de la prestation si connue :

Régimes particuliers suivis : Sans sel
 Sans sucre
 Autres (précisez)

JOURS DE LIVRAISON

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MIDI							
SOIR							
MIDI + SOIR							

Prêt d'un four de réchauffe adapté : oui non

Bessières, le

Signature (s) :

Le présent imprimé devra être déposé à l'accueil de la Mairie, au minimum 8 jours avant le début de la prestation.
ATTENTION : Le dépôt d'une demande de portage à domicile ne vaut pas acceptation. Chaque demande est soumise à la commission municipale spécialisée. En cas de maladie, la demande de réservation d'urgence sera prise en compte immédiatement.

RÉPONSE DE L'ADMINISTRATION

Avis favorable

Avis défavorable

Observations :

Bessières, le :

Le Maire

Réponse notifiée au demandeur le :

Réponse notifiée par lettre recommandé avec accusé de réception n° :

Le :