

LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE

BÉNÉFICIAIRE(S)

NOM : PRÉNOM : Né(e) le :

NOM : PRÉNOM : Né(e) le :

Adresse :

CP : 42480

VILLE : LA FOUILLOUSE

Etage :

Code d'entrée :

Téléphone domicile :

Portable :

Choix des jours :

Tous les jours, du lundi au vendredi, à compter du

.....fois par semaine, les

à compter du :

REMARQUES DIVERSES :

COORDONNÉES DES RÉFÉRENTS
(Minimum 1 référent obligatoirement)

	Référent 1	Référent 2
Lien avec le bénéficiaire		
Nom/Prénom		
Adresse		
CP/Ville		
Téléphone portable		
Adresse Mail		

INTERVENANTS EXTÉRIEURS

Infirmier : Fréquence :

Coordonnées :

Aide à domicile : Fréquence :

Coordonnées :



Toute modification devra être signalée 48 heures à l'avance (*sauf pour raison médicale*) au service Mairie 04 77 30 10 34.

Les tickets sont à prendre au porteur (8.90 € par repas pour 2024), les chèques sont à libeller à l'ordre du TRÉSOR PUBLIC.

Date et signature