

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 (9.00 € par repas pour 2025), les chèques sont à libeller à l'ordre
du TRÉSOR PUBLIC.**

Date et signature