

PORTAGE DE REPAS

Date de la demande :

BÉNÉFICIAIRE :	PERSONNE A CONTACTER (OBLIGATOIRE) :
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Rue :	Rue :
Commune :	Commune :
Téléphone :	Téléphone :
Date de Naissance :	Lien avec le futur bénéficiaire :

La présence de ce tiers est-elle nécessaire pour la signature du contrat ? OUI NON

Mesure de protection (Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de justice) : OUI NON
Si Oui, coordonnées de la personne exerçant la mesure :

La demande relève-t-elle d'une situation : Exceptionnelle Durable

Sortie d'hospitalisation : OUI NON Si oui à quelle date :

ENVIRONNEMENT SOCIAL :

Le bénéficiaire vit : Seul En Couple

Avec une personne : Dépendante Autonome

Intervention d'un service d'Aide à Domicile : OUI NON

Si oui, coordonnées du service :

SANTE :

Handicap : Physique Psychique

Régime : NORMAL HACHE FIN SANS SEL SANS SUCRE

Coordonnées du Médecin Traitant :

Renseignements complémentaires :

Nom et téléphone du référent communal :

Signature :