

PORTAGE DE REPAS À DOMICILE

INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Complément d'adresse (code, bâtiment, escalier, étage, n° appartement...) :

Code postal : Commune :

Quartier : Centre-Ville Gassicourt Val Fourré

Téléphone :/...../...../...../.....

Situation administrative particulière : Curatelle Tutelle

Régime : Normal Sans sel Sans sucre Sans sel ni sucre
 Sans porc Sans viande Haché Mouliné

Formule choisie : Déjeuner (5 composantes) Dîner (4 composantes) Déjeuner et dîner

Jours de livraisons : Lundi Mardi Mercredi Jeudi*
 Vendredi Samedi Dimanche Jours fériés

*Les repas du vendredi sont livrés le jeudi. Les repas du week-end sont livrés le vendredi.

Personnes à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, numéro de téléphone) :

.....
.....

Je soussigné(e) certifie avoir lu et accepte les modalités de fonctionnement de la prestation de portage de repas à domicile, et m'engage à informer le service Seniors de toutes modifications entraînant des répercussions sur la prestation.

Qualité du ou de la signataire :

Demandeur bénéficiaire

Tuteur ou tutrice (nom et prénom) :

J'autorise de service Seniors à mettre en place le portage de repas.

Fait à Mantes-la-Jolie, le Signature

PORTAGE DE REPAS À DOMICILE

MODIFICATION DE LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Complément d'adresse (code, bâtiment, escalier, étage, n° appartement...) :

Code postal : Commune :

Téléphone :/...../...../...../.....

Modification souhaitée :

Arrêt provisoire Arrêt définitif Reprise Nouveau régime Modification de la fréquence

Nouvelle demande :

Régime : Normal Sans sel Sans sucre Sans sel ni sucre
 Sans porc Sans viande Haché Mouliné
 Allergies alimentaires :

Formule choisie : Déjeuner (5 composantes) Dîner (4 composantes) Déjeuner et dîner

Jours de livraisons : Lundi Mardi Mercredi Jeudi*
 Vendredi Samedi Dimanche Jours fériés

Date de prise en compte de la modification :

ou

Date de la reprise :

Signature