

Tél. : 06.83.81.12.30 ou 04.50.20.47.60
E-mail : portagederepas@divonne.fr

Demande de portage de repas

Date de la demande _____ reçue par : _____
Mode de contact : Téléphonique – Mail – Au service
Demande déposée par : Pers. concernée – Famille – Professionnel – Autre : _____
Existence d'une mesure de protection juridique : Oui Non Inconnu

Bénéficiaire

La photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validé sera jointe obligatoirement au présent formulaire.

NOM : _____ **Prénom** : _____
Nom de Jeune Fille (le cas échéant) : _____
Date de Naissance : _____
Adresse : N° _____ **rue** : _____
CP : _____ **Commune** : _____
Nom de l'immeuble : _____ **Etage** : _____ **Entrée** : _____
Bâtiment : _____ **Code entrée** : _____
Téléphone : _____
Mail : _____
Infos complémentaires : _____

Situation de famille : Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf(ve)

En cas d'absence lors du portage, personne à contacter :

NOM : _____ **Prénom** : _____
Lien avec la personne concernée : _____
Téléphone (1) : _____
Téléphone (2) : _____
Mail : _____

Nature de la demande : Portage de repas

A compter du : _____ **au** _____
 Quotidien (du lundi au samedi)
 Hebdomadaire : jour choisi : _____
 Plusieurs fois par semaine : Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi - Samedi
Préférence alimentaire/régime : sans sel - Diabétique
 Certificat médical en date du

Adresse de facturation

Identique à l'adresse du bénéficiaire Autre (précisez) : _____
 Tarif Imposable Tarif non imposable (*fournir l'avis de non-imposition*)

-----Informations complémentaires (optionnel) -----

Médecin traitant : **Téléphone** :

Signature des bénéficiaires ou de son représentant