

**FAMILLES RURALES JAREZ EN LYONNAIS**

17 Place de l'Eglise - 42320 Saint Christo en Jarez

TEL : 04 77 06 95 34

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse: .....

CP : ..... Commune : .....

Date de naissance : ..... Tel : .....

Situation Familiale : marié(e)  veuf  célibataire  autre  Date début : .....

Caisse de retraite : .....

Bénéficiaire d'une prise en charge CARSAT GIR 5 ou 6  oui  non

**Souhaite bénéficiaire du service de portage de repas à domicile pour les jours suivants :**

**Midi :** Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi  Dimanche   
Soir  Soir  Soir  Soir  Soir  Soir  Soir

**Régime :**  normal  sans sel  sans sucre  autre : .....

Par rapport à votre régime, quels sont les aliments qui vous sont interdits ainsi que les allergies à signaler :

(Joindre la photocopie du certificat médical)

**Texture :** **Formule :**  Complète à 8.80€  Simple à 7.60 €

Normal

haché ( seule la viande est hachée, les autres aliments ont une texture normale )

mixé ( tous les aliments sont mixés ou ont une consistance qui ne nécessite pas de mastication )

coupé ( le repas est coupé entièrement )

**Pain à 0.50 € :**  oui  non

**Aide ménagère :**  oui  non **Organisme :** (ADMR, AIMV, Eléa, Autre, ...).....

**Personnes référentes ( obligatoire ) :** Famille (enfants ..) Voisin ou autre

Nom ..... Nom .....

Prénom ..... Prénom .....

Adresse ..... Adresse .....

Commune ..... Commune .....

Tel ..... Tel .....

Adresse mail .....

Nom du médecin traitant : .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

Nom ..... Prénom .....

Adresse ..... Tel .....

**Renseignements nécessaires pour se rendre à votre domicile :**

.....

.....

.....

Je soussigné (e), Mme , Mr ..... déclare avoir pris connaissance et signé le devis / contrat qui m'a été remis lors de mon inscription, à ..... le .....