

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 :
Adresse Mail :
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**)

Formule : Complète à 9,20 € Simple à 8,00 € **Pain à 0.55 €** : oui non

Texture :

- 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)

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