

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 bénéficier 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 9,80 € Simple à 8,60 € **Pain à 0.60 €** : 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 , déclare avoir pris connaissance et signé le
devis / contrat qui m'a été remis lors de mon inscription, à le