

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 .....