

ARRET
Date :
Motif :

PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Boîte à clés : ☐ oui ☐ non Code de la boîte à clés :
 Alarme : ☐ oui ☐ non
 Accord de rentrer au domicile : ☐ oui ☐ non

BULLETIN D'INSCRIPTION

Madame, Monsieur :
 Adresse :

 Commune :
 Téléphone :
 Date de naissance :

Possédez-vous un animal (chien/chat) : ☐ oui ☐ non

Souhaitez-vous bénéficier du service de portage de repas à domicile (10,50€ TTC/repas à partir du 1^{er} juillet 2025) pour :

- ☐ une durée indéterminée, à compter du :
☐ une durée déterminée : période du au

Rythme de livraison : 1 REPAS PAR JOUR : PAS DE MIXAGE, NI DE REPAS HACHE.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Mettre une croix							

(Rapport) : les livraisons ont lieu le lundi pour le mardi, le mardi pour le mercredi et jeudi, le jeudi pour le vendredi et samedi et le vendredi pour le dimanche et lundi).

En cas d'absence, ou de réveil tardif merci de mettre une glacière, et de nous préciser les dispositions à prendre pour la livraison :

Régime(s) particulier(s) :

Allergies alimentaires : fournir une prescription médicale (exemples : fruit à coques, lait, fromage ...)

Maladies :

Avez-vous fait une demande d'APA ? ☐ oui ☐ non si oui, à quelle date

Contact local :

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Téléphone :
Adresse :

Si la facture doit être adressée à un tiers, merci de nous préciser :

Parenté/Qualité :
Nom - Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone :

Merci de nous communiquer le code d'alarme en cas de besoin, celui-ci est confidentiel et ne sera utilisé que de manière exceptionnelle.

CODE ALARME :

Un délai de 5 jours ouvrés est nécessaire pour la prise en compte des demandes d'inscriptions, modifications, suspensions etc...

Fait à :

Signature

Le :



1 Place Charles de Gaulle – 41 130 SELLES-SUR-CHER ☎ 02 54 95 25 40
secretariat@selles-sur-cher.fr www.selles-sur-cher.fr

