



Portage de Repas

Date de la demande :

BENEFICIAIRE :	Personne à contacter (obligatoire) :
NOM :	NOM :
RUE :	RUE :
COMMUNE :	COMMUNE :
TELEPHONE :	TELEPHONE :
Date de Naissance :	Lien avec le futur bénéficiaire :

La présence de ce tiers est-elle nécessaire pour la signature du contrat ? ☐ OUI ☐ NON

MESURE DE PROTECTION (Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de justice) : ☐ OUI ☐ NON

Si Oui, coordonnées de la personne exerçant la mesure :

LA DEMANDE RELEVET-ELLE D'UNE SITUATION : ☐ Exceptionnelle ☐ Durable

SORTIE D'HOSPITALISATION : ☐ OUI ☐ NON

Si oui à quelle date :

ENVIRONNEMENT SOCIAL :

LE BENEFICIAIRE VIT : ☐ Seul ☐ En Couple

AVEC UNE PERSONNE : ☐ Dépendante ☐ Autonome

INTERVENTION D'UN SERVICE D'AIDE A DOMICILE : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, coordonnées du service :

SANTE :

HANDICAP : ☐ Physique ☐ Psychique

REGIME : ☐ NORMAL ☐ HACHE FIN

☐ SANS SEL ☐ SANS SUCRE

→ CERTIFICAT MEDICAL JOINT : ☐ OUI ☐ NON

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Nom et téléphone du Référent :

Signature :