



CCAS DE LUMBIN

1 Place Général de Gaulle

38 660 LUMBIN

ccas@lumbin.fr / 04.76.08.21.85

FORMULAIRE D'ADHESION AU SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Bénéficiaire :

Civilité :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel (si utilisé) :

Souhaite bénéficier du service de portage de repas à domicile pour :

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

Rythme des repas :

- Tous les jours, week-ends et jours fériés, compris
- Tous les jours, sauf les week-ends et jours fériés
- Autre choix (jour de consommation à préciser) :

Régime diabétique prescrit par le médecin :

- oui
- non



Informations concernant la livraison :

- maison individuelle
- immeuble

Merci d'indiquer toutes les informations qui peuvent faciliter la livraison du repas (sonnette, code, portail, étage ...)

.....
.....
.....
.....
.....

Personne référente ou membre de la famille à contacter en cas de besoin :

Civilité :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Lien de parenté avec le bénéficiaire :

Je m'engage :

- à me conformer au règlement intérieur remis lors de l'adhésion
- à régler mensuellement le prix des repas à réception de la facture
- j'autorise le personnel en charge du portage du repas à pénétrer au sein de ma propriété

date :

Nom du signataire :

Signature :