



Centre Communal d'Action Sociale  
Place de la Fraternité  
56860 SÉNÉ

Téléphone : 02 97 66 59 65  
accueil.ccas@sene.bzh

## **Demande de Portage de Repas à Domicile**

Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le...../...../..... à ..... Téléphone.....  
Adresse.....  
.....

Situation de famille       marié(e)       divorcé       veuf       célibataire  
Médecin traitant ..... Téléphone .....  
Infirmière ..... Téléphone .....  
Notaire ..... Téléphone .....

Souhaite les repas le  
 lundi    mardi    mercredi    jeudi    vendredi    samedi    dimanche    jours fériés  
Date de la 1<sup>ère</sup> livraison (repas du lendemain) le.....pour le.....  
( prévoir un délai de 72 heures de mise en place)

### **Personnes à prévenir en cas de besoin :**

Nom ..... Téléphone .....  
Adresse.....  
Lien :  voisin    ami    famille    enfant    tuteur    autre .....Clé  oui  non

Nom .....Téléphone .....  
Adresse.....  
Lien :  voisin    ami    famille    enfant    tuteur    autre .....Clé  oui    non

### **Facturation à adresser, si autre que le bénéficiaire :**

Nom .....Qualité .....  
Téléphone .....  
Adresse .....

Bénéficiez-vous    d'une auxiliaire de vie    d'une aide ménagère  
Si oui, indiquez avec quel service .....

### **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné Docteur .....certifie que M.....  
présente des difficultés réelles et sérieuses l'obligeant au moins momentanément à avoir recours au  
service Portage de Repas à Domicile avec le régime suivant :.....  
.....

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cachet et signature du médecin :**