



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 :**