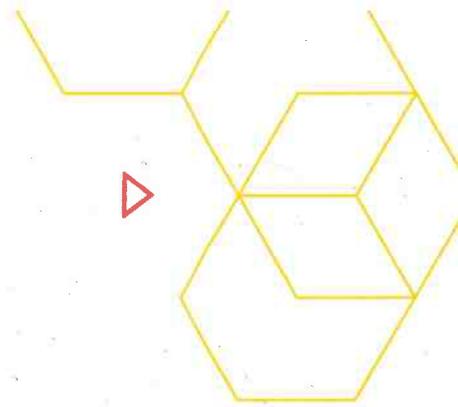


**CENTRE COMMUNAL
D'ACTION SOCIALE**
22, avenue Victor Hugo
BP 210
56006 VANNES cedex
Tel : 02 97 01 65 30
ccas@mairie-vannes.fr
maintien.domicile@mairie-vannes.fr

DEMANDE DE SERVICE DE LIVRAISON

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^{ère} 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 bénéficiaire:

Nom : Téléphone :

Adresse :

Bénéficiez-vous d'une auxiliaire de vie d'une aide ménagère

Si oui, indiquez avec quel service:

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné docteur

certifie que Mr/Mme

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:**