



SERVICE MAINTIEN A DOMICILE  
C.C.A.S. Vannes  
22 avenue Victor Hugo  
56000 VANNES

Tél : 02 97 01 65 00  
E-Mail : maintien.domicile@mairie-vannes.fr

## DEMANDE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

NUMERO DE LA TOURNEE :            T1            T2            T3  
EMPLACEMENT : Avant ou après M. MME.....

Repas du lundi au dimanche (double livraison le samedi)  
Livrés la veille en liaison froide et à consommer le lendemain de la livraison  
Prévoir un délai de 72 heures pour la mise en place du service si le dossier est complet

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Téléphone : .....  
Adresse précise : .....  
Etage : ..... Digicode : ..... Code boîte à clé : .....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Pacsé(e)

**Repas : (Cochez les jours de repas souhaités)**

<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi	<input type="checkbox"/> Dimanche	<input type="checkbox"/> Jours fériés
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--

Date de la 1<sup>ère</sup> livraison : le ..... pour le repas du .....

➤ **Pièces nécessaires pour mettre en place le service de livraison de repas à domicile :**

Demande de livraison de repas à domicile + certificat du médecin ci-dessous (ou ordonnance) + devis +  
contrat de prestation de service + règlement de fonctionnement signé + mandat de prélèvement + RIB

➤ **Adresse de facturation si autre que bénéficiaire :**

Nom – Prénom – Organisme : .....  
Téléphone : .....  
Adresse : .....

**Personnes à contacter en cas d'urgence :**

Nom Prénom	Adresse-Téléphone-	Clés logement

**Liste des intervenants à contacter :**

	Nom Prénom Téléphone
Infirmiers	
Médecin	

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné (é) Docteur (e).....

Certifie que Monsieur, Madame, .....

a des difficultés de mobilité ou de dextérité l'obligeant à avoir recours au service de livraison de repas à domicile du C.C.A.S. de la ville de Vannes.

- N'a aucun régime particulier.
- A un régime particulier, à préciser : .....

Date : .....

**Cachet et signature du médecin :**

Conformément à la réglementation applicable, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données. Vous pouvez également pour des motifs légitimes vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au délégué à la protection des données par courrier postale, Centre Communal d'Action Sociale 22 avenue Victor Hugo 56000 VANNES, ou par mail à [dpo@mairie-vannes.fr](mailto:dpo@mairie-vannes.fr), et en joignant une copie d'une pièce justificative d'identité. En outre, vous êtes en droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en France.