

PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

(Réservée aux personnes âgées de 65 ans et plus)

Renseignements

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
31 790 Saint-Jory

Téléphone :

Portable :

Date de naissance : ____/____/____

Situation personnelle :

- ☐ Retraité (e) ☐ En situation de handicap ☐ Seul
☐ En couple ☐ Vivant avec autre génération

Date et fréquence du portage de repas :

A partir du : et jusqu'au.....

- ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi
☐ Samedi ☐ Dimanche ☐ Jours fériés

Utilisation glacière : Oui ☐ Non ☐

Personne à contacter en cas d'urgence :

	Personne 1	Personne 2
Nom et prénom		
Téléphone		
Commune de résidence		
Lien de parenté		

Informations médicales générales

Médecin traitant :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Vous souffrez de troubles :

☐ Visuels ☐ Auditifs ☐ De mémoire

Mangez-vous seul(e) ? :

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des difficultés pour sortir de chez vous ?

☐ Oui ☐ Non

Avez des intervenants à domicile (aide-ménagère, infirmier, kinésithérapeute) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui merci de préciser leurs coordonnées

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces à fournir :

- Copie Carte d'Identité

- Dernier avis d'imposition

Fait le :

Signature