

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT AU PORTAGE DE REPAS À DOMICILE

N° de tournée :

Famille :

Réf :

DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1^{ER} PERSONNE

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Adresse* :

.....

Code postal* :

Ville* :

Tél. fixe :

Tél. portable* :

E-mail :

Tél. portable 2 :

*renseignements obligatoires

FORMULE ABONNEMENT

☐ FORMULE ABONNEMENT À L'ANNÉE (CHOIX 1)

Tous les : ☐ Lundis ☐ Mardis ☐ Mercredis ☐ Jeudis ☐ Vendredis ☐ Samedis ☐ Dimanches
(y compris les jours fériés)

☐ FORMULE PONCTUELLE (CHOIX 2)

Pour raisons médicales (minimum 15 jours maximum 3 mois)

A compter du : pour une durée de jours.

Tous les : ☐ Lundis ☐ Mardis ☐ Mercredis ☐ Jeudis ☐ Vendredis ☐ Samedis ☐ Dimanches
(y compris les jours fériés)

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Personne 1

Nom* :

Prénom* :

Lien de parenté* :

Tél. portable :

Personne 2

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél. portable* :

*renseignements obligatoires

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1^{ER} PERSONNE

Êtes-vous soumis à un régime **sans sel** : ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous soumis à un régime **diabétique** : ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous soumis à un régime **sans choux** : ☐ Oui ☐ Non

• si oui fournir un certificat médical en lien avec le régime

2^{EME} PERSONNE

Êtes-vous soumis à un régime **sans sel** : ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous soumis à un régime **diabétique** : ☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous soumis à un régime **sans choux** : ☐ Oui ☐ Non

• si oui fournir un certificat médical en lien avec le régime

Le service n'est pas en mesure de répondre aux allergies alimentaires spécifiques ni aux menus mixés.

Nom et prénom de votre **médecin traitant** :

Tél. de votre médecin traitant :

PAIEMENT DES REPAS

Adresse de facturation : ☐ Identique à l'adresse de livraison ☐ Autre adresse

Si autre adresse* :

.....

Bénéficiez-vous déjà du prélèvement automatique ? ☐ oui ☐ non

Si oui, il sera automatiquement reconduit. En cas de changement de coordonnées bancaires, faire parvenir un RIB à la régie de la communauté de communes Rhône lez Provence.

Si non, vous pouvez compléter la demande d'autorisation en pièce jointe.

☐ J'accepte de recevoir mensuellement ma facture dématérialisée par e-mail. Pour cela, je dois créer un compte sur le Portail Famille accessible sur <https://ccrlp.fr/mes-demarches/inscriptions-restauration/#reservationrestauration>.

E-mail 1 (payeur de la facture) :

ENGAGEMENTS DU BÉNÉFICIAIRE

☐ **Autorise à titre gracieux la publication d'images** et de vidéos de moi-même dans la presse locale, nationale ou sur tout support de communication de l'intercommunalité Rhône Lez Provence. La collectivité s'engage à ne pas en faire un usage commercial.

☐ Autorise la Communauté de communes à recourir aux services de secours pour être conduit et pris en charge en cas d'urgence.

• Je certifie l'exactitude des renseignements figurant dans ce document.

• Je m'engage à signaler au service restauration dans les plus brefs délais tout changement.

• Je me conforme aux termes du règlement intérieur du service en vigueur disponible auprès du service restauration, ou consultable sur le site www.ccrlp.fr

Date :

Signature du bénéficiaire 1 :

Signature du bénéficiaire 2 :