

N° de tournée :

Famille :

Réf :

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT AU PORTAGE DE REPAS À DOMICILE

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* :

2^{EME} PERSONNE (conjoint souhaitant s'inscrire)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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

Repas les jours fériés : Oui Non

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

Repas les jours fériés : Oui Non

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 ma facture dématérialisée par e-mail. Je serai informé(e) chaque mois du montant de la facturation par email et je pourrai consulter la facture sur le Portail Famille accessible sur le site www.ccr1p.fr

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.ccr1p.fr

Date :

Signature du bénéficiaire 1 :

Signature du bénéficiaire 2 :