

PAIEMENT

La participation des familles est payable **mensuellement et à terme échu**.

Les paiements peuvent s'effectuer :

- **Soit par prélèvement automatique sur compte bancaire**

Dans ce cas, au moment de l'inscription ou en cours d'année, les familles signent un imprimé d'autorisation de prélèvement (disponible en téléchargement sur le site www.ccrp.fr ou à l'accueil de la Communauté de communes Rhône Lez Provence) et fournissent un relevé d'identité bancaire. Une facture, précisant la somme qui sera prélevée, est adressée à la famille le 15 du mois d'après. Le prélèvement s'effectue le 5 de chaque mois.

Si vous aviez opté pour ce mode de règlement l'année précédente et que vos coordonnées bancaires sont inchangées, inutile de fournir à nouveau ces 2 documents.

- **Soit par chèque libellé à l'ordre de : Régie Restauration Collective CCRLP**

Les chèques devront être envoyés à l'adresse suivante :

Communauté de communes Rhône Lez Provence - 1260 avenue Théodore Aubanel CS20099 - 84500 Bollène
en joignant le coupon détachable de la facture.

- **Soit par Carte Bancaire, par chèque ou en espèces, au siège de la Communauté de communes Rhône Lez Provence**

Dans ce cas, les familles devront régler au siège de la Communauté de communes, avec le coupon détachable de la facture.

Le service est ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 12h30 et de 13h30 à 18h.

- **Soit sur internet par Carte Bancaire**

Le Portail Famille, sur lequel les bénéficiaires pourront régler par carte bancaire, est accessible sur le site internet de la Communauté de communes : www.ccrp.fr (encart Portail Famille).

EN CAS D'IMPAYÉS

En cas de non règlement de la facture, un avis d'impayé sera envoyé par la Communauté de communes.

Il n'est pas possible d'encaisser un chèque cumulant 2 factures.

En cas d'impayés, les bénéficiaires pourront être exclus du service de portage des repas.

DÉMATÉRIALISATION

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://ccrp.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.

J'ai pris connaissance du Règlement Intérieur

- 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.ccrp.fr

Date :

Signature du bénéficiaire 1 :

Signature du bénéficiaire 2 :

Site internet : www.ccrp.fr

1260 avenue Théodore Aubanel - CS 20099 - 84500 BOLLENE / Tél : 04.90.40.01.28

Le dossier d'inscription est à retourner le plus rapidement possible :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

Communauté de communes Rhône Lez Provence

1260 avenue Théodore Aubanel - CS20099 - 84500 BOLLENE

- soit au siège de la Communauté de communes (Bollène)

- soit dans les mairies de vos communes respectives (hors Bollène).

Cadre réservé au service

N° de tournée :

Famille :

Réf :

DOSSIER D'INSCRIPTION AU PORTAGE DE REPAS À DOMICILE



20

DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Le présent dossier d'inscription lisiblement complété et signé.
- Une copie de la pièce d'identité.
- Une copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (Adhésion simple ou multiple)

1^{ER} PERSONNE

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* :

Adresse* :

.....

Code postal* : Ville* :

Tél. fixe : Tél. portable* :

E-mail : Tél. portable 2 :

*renseignements obligatoires

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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 :

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)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Avez-vous **une aide à domicile** : Oui Non

Nom de l'organisme :

Coordonnées de l'organisme :

Avez-vous **un tuteur** : Oui Non

Nom de votre tuteur :

Coordonnées de votre tuteur :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Personne 1

Nom* :

Prénom* :

Lien de parenté* :

Tél. portable* :

E-mail* :

Personne 2

Nom* :

Prénom* :

Lien de parenté* :

Tél. portable* :

E-mail* :

*renseignements obligatoires

CALENDRIER POUR LES MODIFICATIONS DES JOURS DE DISTRIBUTION OU ANNULATION

Les bénéficiaires devront respecter un préavis de **3 jours** auprès du service restauration de l'intercommunalité pour une modification des jours de réservation.

- Repas du **LUNDI, SAMEDI** et **DIMANCHE** : Prévenir le mercredi précédent avant 10h.
- Repas du **MARDI** : Prévenir le jeudi précédent avant 10h.
- Repas du **MERCREDI** : Prévenir le vendredi précédent avant 10h.
- Repas du **JEUDI** : Prévenir le lundi précédent avant 10h.
- Repas du **VENDREDI** : Prévenir le mardi précédent avant 10h.

La durée du préavis est augmentée en cas de jour férié.

PAIEMENT DES REPAS

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

Si **autre adresse** :

.....

Souhaitez-vous bénéficier du **prélèvement automatique** ? Oui Non

Si oui, compléter la demande d'autorisation en pièce jointe.