

Tournée : _____

1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : COMMUNE :
Tél/Fixe : __/__/__/__/__ Tél/Portable : __/__/__/__/__
Adresse Mail :@.....

Date de naissance : __/__/____

Demandé par : Lien : Le
Tél : __/__/__/__/__

2

RYTHME DES LIVRAISONS

Date de la 1^{ère} livraison souhaitée : __/__/____ URGENT
Fréquence : Minimum 4 jours – (Cocher les jours souhaités)
Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

3

RÉFÉRENT FAMILIAL ou RESPONSABLE LÉGAL (1)

(1) Joindre la copie du mandat

NOM : Prénom : Lien de parenté :
Adresse : COMMUNE :
Tél/Fixe : __/__/__/__/__ Tél/Portable : __/__/__/__/__
Adresse Mail :@.....

4

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant - NOM : Prénom :
Adresse : Commune :
Tél/Fixe : __/__/__/__/__ Tél/Portable : __/__/__/__/__
Infirmier (ère) - NOM : Prénom :
Adresse : Commune :
Tél/Fixe : __/__/__/__/__ Tél/Portable : __/__/__/__/__

Régime alimentaire spécifique (Certificat Médical Obligatoire) :
OUI NON

Allergie : Laquelle :
Diabétique Sans sel
Texture moulinée Texture mixée

Commentaires :

Tournée : _____

5

RÉFÉRENTS LOCAUX EN CAS D'URGENCE

1^{er} référent : _____ Famille Ami(e) Voisin(e)

NOM : **Prénom :**

Adresse : **Commune :**

Tél/Fixe : --/--/--/--/--- **Tél/Portable :** --/--/--/--/---

2nd référent : _____ Famille Ami(e) Voisin(e)

NOM : **Prénom :**

Adresse : **Commune :**

Tél/Fixe : --/--/--/--/--- **Tél/Portable :** --/--/--/--/---

Si vous n'avez pas de référent local à nous communiquer, acceptez-vous que l'on se rapproche de la mairie en cas d'urgence : _____ OUI NON

6

MESURE DE PROTECTION (Tutelle ou Curatelle) – OUI NON

Joindre la copie du jugement

Si OUI – **Référent/Référente :**

Organisme :

Adresse : **Commune :**

Tél/Fixe : --/--/--/--/--- **Tél/Portable :** --/--/--/--/---

Adresse Mail : -----@-----

7

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Situation familiale : Vous vivez seul (e) OUI NON

Bénéficiez-vous d'une aide et d'un accompagnement à domicile : OUI NON

Si OUI, **Nom de la structure :**

Demande suite à (Sortie d'hospitalisation, perte d'autonomie etc.) :

Situation de handicap :

Malentendant(e) : OUI NON

Etes-vous équipé(e) d'une **téléalarme** : _____ OUI NON

Animal domestique : _____ OUI NON

Existe-t-il une **boîte à clés** : OUI NON Code : Localisation :

Possédez-vous un **four Micro-Ondes** : _____ OUI NON

NOM et adresse pour l'envoi de la Facture – NOM / Prénom :

Adresse :

Bénéficiez-vous de l'**Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)** : ____ OUI NON

Mode de règlement :

Prélèvement automatique (joindre un RIB et l'Autorisation de Prélèvement) Chèque

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis

Date

Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal

Tournée : _____

À CONSERVER

COORDONNÉES

- **Pour remettre les documents administratifs :** Contrat/Fiche d'inscription/Fiche de renseignement/Autorisation de Prélèvement/RIB
- **Pour nous renseigner sur des modifications administratives (coordonnées ...)**
- **Pour nous renseigner sur des modifications d'ordre médical (régime alimentaire)**
- **Pour résilier un contrat**

Merci de nous écrire à :

✉ (par mail) : portagerepas@lannion-tregor.com

OU

✉ (par voie postale) : Portage repas à domicile - CIAS – Lannion-Trégor
Communauté - 1, rue Monge – CS 10761 – 22307 LANNION CEDEX

- **Pour prévenir d'une absence ou d'un ajout ou avoir des renseignements**

Merci d'appeler le : [02 96 22 10 22](tel:0296221022) (voir horaires ci-dessous)

OU

Par mail à : portagerepas@lannion-tregor.com

À SAVOIR

- Pour toute modification (annulation/ajout), il faut prévenir minimum 2 jours ouvrés à l'avance.
- Pour une résiliation, il faut prévenir minimum 7 jours à l'avance, obligatoirement par écrit (mail ou courrier postal)
- En cas d'urgence (annulation liée à une hospitalisation) :
 - Du lundi au jeudi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h00
Le vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00,
 - Appeler le : [02 96 22 10 22](tel:0296221022)
 - Le week-end, appeler directement l'EHPAD qui confectionne vos repas :
 - EHPAD de Pleubian : 02 96 22 92 12
 - EHPAD de Lézardrieux : 02 96 22 23 03