

Tournée : _____

1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

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

Date de naissance : __/__/____ Lieu 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 :** Convention/Fiche d'inscription/Fiche de renseignements/Autorisation de Prélèvement/RIB/Formulaire
- **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 avoir des renseignements**
 - **Pour prévenir d'une absence ou d'un ajout**

Merci d'appeler le : **02 96 22 10 22**

OU

Par mail à : portagerepas@lannion-tregor.com

Horaires d'ouvertures

Du lundi au jeudi de 8h45 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

Le vendredi de 8h45 à 12h00 et de 13h30 à 16h30

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 :
 - **En semaine** :
 - Appeler le : 02 96 22 10 22
 - **Le week-end et jours fériés** : appeler directement l'EHPAD qui confectionne vos repas :
 - EHPAD de Pleubian : 02 96 22 92 12
 - EHPAD de Lézardrieux : 02 96 20 17 79