



## PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

(Réservée aux personnes âgées de 65 ans et plus)

### Renseignements

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....31 790 Saint-Jory

Téléphone : .....

Portable : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Situation personnelle :

- Retraité (e)                       En situation de handicap                       Seul  
 En couple                       Vivant avec autre génération

#### Date et fréquence du portage de repas :

A partir du : ..... et jusqu'au.....

- Lundi                       Mardi                       Mercredi                       Jeudi                       Vendredi  
 Samedi                       Dimanche                       Jours fériés

#### Personne à contacter en cas d'urgence :

	Personne 1	Personne 2
Nom et prénom		
Téléphone		
Commune de résidence		
Lien de parenté		

**Informations médicales générales**

**Médecin traitant :**

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone :

**Vous souffrez de troubles :**

Visuels             Auditifs             De mémoire

**Mangez-vous seul(e) ? :**

Oui                     Non

**Avez-vous des difficultés pour sortir de chez vous ?**

Oui                     Non

**Avez des intervenants à domicile (aide-ménagère, infirmier, kinésithérapeute) ?**

Oui                     Non

Si oui merci de préciser leurs coordonnées

.....

.....

.....

.....

.....

**Pièces à fournir :**

- Copie Carte d'Identité

- Dernier avis d'imposition

Fait le : .....

Signature