

Mairie de MANDRES-LES-ROSES

Centre Communal d'Action Sociale

Tél. : 01 45 98 74 31

ccas@ville-mandres-les-roses.fr

Formulaire d'inscription au portage de repas à domicile

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

J'ai moins de 70 ans et demande à bénéficier du service pour raisons médicales

Certificat médical fourni

Adresse :

94520 Mandres-les-Roses

Téléphone :

Coordonnées de la personne référent à prévenir en cas d'absence :

.....

- Je m'inscris pour la livraison d'un seul repas
 Je m'inscris pour la livraison d'un repas pour un couple

Pour les repas suivants* :

- Lundi
 Mardi
 Mercredi
 Jeudi
 Vendredi
 Samedi
 Dimanche

**seules les personnes utilisant le service du lundi au dimanche bénéficient d'un repas les jours fériés*

 TSVP

- J'atteste par la présente, que je dispose d'un réfrigérateur d'une contenance suffisante et en bon état de fonctionnement pour entreposer et conserver les repas livrés dans des conditions optimales ainsi que d'un moyen pour réchauffer les plats livrés.
- J'atteste par la présente avoir pris connaissance et signé le règlement de fonctionnement du service.
- Je suis informé.e qu'il n'y a pas de menu spécial pour les régimes sans sel, diabétique ou les personnes allergiques.

Date :

Signature :