



Centre Communal d'Action Sociale de Sérignan
SERVICE DU PORTAGE DES REPAS

FICHE D'IDENTIFICATION

Je soussigné M.....

Né (e) le.....

Nom du conjoint :.....

Né (e) le.....

Autres personnes usagers du service:.....

Adresse de livraison :.....

Adresse de facturation (si différente):.....

Téléphone :

Déclare avoir pris connaissance de la note technique relative à l'organisation du service du portage des repas et en accepter le fonctionnement.

Je joins un justificatif de domicile dans la commune.

INTERVENTIONS

NOM	LIEN RELATIONNEL	TELEPHONE
	Médecin	
	Infirmière	
	Aide ménagère	
	Parents	
	Amis	
	voisins	

A Sérignan le

Signature