

Fiche Confidentielle

REPAS A DOMICILE
Mairie de Saint-Cyr-l'Ecole
Centre Communal d'Action Sociale
Tél. : 01 30 14 82 77

BENEFICIAIRE(S)	
DEMANDEUR	
Mme - M. :	Prénom :
Adresse :	Date de naissance :
Etage : Numéro de Porte :	
Code d'accès :	
Téléphone :	
Mail :	
CONJOINT	
Mme - M. :	Prénom :
	Date de naissance :

REPAS	
Type de Repas : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans sel Autres :	
Repas Proposé le	OUI/Nombre de Repas
Lundi	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>
Judi	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/>

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
Mme - M. :	Prénom :
Lien de parenté avec le bénéficiaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lequel :	
Autre lien :	
Adresse complète :	
Code Postal : Ville :	
Tél. domicile et Portable :	
Tél. travail :	
Mail :	
Mme - M :	Prénom :
Lien de parenté avec le bénéficiaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lequel :	
Autre lien :	
Adresse complète :	
Code Postal : Ville :	
Tél. domicile et Portable :	
Tél. travail :	
Mail :	

Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Fait à Saint-Cyr-l'Ecole, le

Signature du Demandeur

Signature du Conjoint