CENTRE INTERCOMMUNAL D’ACTION SOCIALE

CHAVANON COMBRAILLES ET VOLCANS

Pôle de Bourg-Lastic

4 route de Tulle

63760 BOURG-LASTIC

04 73 21 84 66

cias@ccvcommunaute.fr

REPAS À DOMICILE

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de Naissance : ……………………………………………………………………Téléphone :………………………………………………………….

Bénéficiaire du SAAD Chavanon Combrailles et Volcans : ☐ oui ☐ non

Contact d’une personne proche : ☐Famille ☐Voisin ☐Autre

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

N° Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nombre de repas souhaité par semaine :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI | DIMANCHE |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Livraison 3 fois par semaine. Le service vous confirmera les jours de passage.

**Tarif :**

* **10.50 € le repas**
* **10.65 € le repas avec régime (fournir un certificat médical)**
* **6 € supplément plat unique**
* **15 € de frais d’inscription à régler à l’association Marche Auvergne**

**Nature du repas :**

☐Pas de régime ☐ Régime sans sel ☐Régime diabétique

Composition des menus : soupe, entrée, plat et accompagnement, fromage et dessert. Le pain n’est pas fourni.

Possibilité mise en place du prélèvement automatique, demander le formulaire auprès de notre service.

A compter du : ……………………………………………….. Livré : ………………………………………………..

Fait à : ………………………………………….., le : ………………………………...........

L’adhèrent reconnait avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur ☐oui ☐non

Signature adhérent :