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 : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

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

**Régime sécurité sociale** **:** ☐ Régime général ☐ Régime minier ☐ MSA Autre ☐

**Dossier APA :** ☐Oui ☐ Non En cours ☐

**Nombre de repas souhaité par semaine :**

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

 **Pas de livraison le dimanche et les jours fériés**

**Tarif :**

* **8.57 € le repas**

Composition des menus : potage, entrée, plat et accompagnement, fromage et dessert, d’un petit pain

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 :