CENTRE INTERCOMMUNAL D’ACTION SOCIALE

CHAVANON COMBRAILLES ET VOLCANS

Pôle de Pontaumur - Pontgibaud

5 Rue du Frère Genestier

63230 PONTGIBAUD

04 73 88 75 58

cias@ccvcommunaute.fr

REPAS À DOMICILE

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

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

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

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

Description maison/localisation dans le village :……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

N° 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 :**

* **10.90 € le repas**
* **11€ le repas avec régime**
* **6.20€ supplément plat unique (en complément d’un plateau complet)**
* **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 :

TABLEAU DE CORRESPONDANCE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date | Nom Prénom | Motif | Suite réservée |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |