

Application :
Martigné-Briand

Secteur :
Extérieur

Date de création :
Janvier 2013

Dernière modification :
Septembre 2016

Date de revue :
Septembre 2019

IDENTIFICATION DU/DES BENEFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : __ / __ / 19__ MEDECIN TRAITANT : Dr.....

ADRESSE :

N° de TELEPHONE : e-mail :@.....

Bénéficiaire 2 du même foyer (s'il y a lieu) :

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : __ / __ / 19__ MEDECIN TRAITANT : Dr.....

CCAS DE RATTACHEMENT

COMMUNE :

REFERENT CCAS :

NOM : PRENOM :

N° de TELEPHONE : e-mail :@.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° de TELEPHONE : e-mail :@.....

LIEN AVEC LE BENEFICIAIRE :

PRESTATION SOUHAITEE à partir du : / / 201_

Repas souhaités par semaine	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

Un régime est-il prescrit pour le bénéficiaire 1 ? Non Oui : lequel ?

Un régime est-il prescrit pour le bénéficiaire 2 ? Non Oui : lequel ?

Application :
Martigné-Briand

Secteur :
Extérieur

Date de création :
Janvier 2013

Dernière modification :
Septembre 2016

Date de revue :
Septembre 2019

FACTURATION

Adresse de facturation si différente de celle du bénéficiaire :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° de TELEPHONE : e-mail :@.....

Mode de règlement :

- Prélèvement bancaire Chèque (à l'ordre du Trésor Public)
-  Dans ce cas, joindre : Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
 L'autorisation de prélèvement dûment complétée

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Le(s) bénéficiaire(s) est (sont)-il(s) placé(s) sous protection juridique ? Non Oui

Si OUI, préciser les coordonnées du tuteur, curateur... :

STATUT : Tuteur Curateur Autre :

NOM : PRENOM :

ETABLISSEMENT :

ADRESSE :

N° de TELEPHONE : e-mail :@.....

OBSERVATIONS :