



C.C.A.S. de Séné  
Place de la Fraternité  
56860 SENE  
02 97 66 59 65  
[accueil.ccas@sene.bzh](mailto:accueil.ccas@sene.bzh)

Pour joindre le C.C.A.S. de Vannes : 02 97 01 65 34  
[maintien.domicile@mairie-vannes.fr](mailto:maintien.domicile@mairie-vannes.fr)

## DEMANDE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Numéro de tournée : T1      T2      T3      T4  
Emplacement : avant ou après de M. MME.....

**Repas du lundi au dimanche**  
**Livrés la veille en liaison froide et à consommer le lendemain de la livraison**  
**Livraisons : Lundi double livraison pour le jour même et le mardi**  
**Vendredi double livraison pour le samedi et dimanche**  
**Prévoir un délai de 72 heures pour la mise en place du service si le dossier est complet**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Téléphone : ..... Adresse précise : .....  
..... Etage : ..... Digicode : ..... Boîte à clé.....

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Pacsé(e)

Repas : (Cochez les jours de repas souhaités)

<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi	<input type="checkbox"/> Dimanche	<input type="checkbox"/> Jours fériés
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--

Option laitage : (Cochez les jours de repas souhaités)

<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi	<input type="checkbox"/> Dimanche	<input type="checkbox"/> Jours fériés
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--

Date de la 1<sup>ère</sup> livraison : le ..... pour le repas du .....

➤ **Pièces à fournir :**

Demande de portage de repas à domicile + certificat médical ci-joint (ou ordonnance) + contrat de prestation de service signé + règlement de fonctionnement signé + mandat de prélèvement + RIB

➤ **Adresse de facturation si autre que bénéficiaire :**

Nom – Prénom – Organisme : .....  
Téléphone : .....  
Adresse : .....

➤ Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom Prénom	Adresse-Téléphone-

➤ Liste des intervenants à contacter :

	Nom Prénom Téléphone
Infirmiers	
Médecin	

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (é) Docteur (e).....

Certifie que Monsieur, Madame, .....

a des difficultés de mobilité ou de dextérité l'obligeant à avoir recours au service de livraison de repas à domicile.

N'a aucun régime particulier.

A un régime particulier, à préciser (**se référer à la liste jointe**) : .....

Date : .....

Cachet et signature du médecin :

Conformément à la réglementation applicable, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données. Vous pouvez également pour des motifs légitimes vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant au délégué à la protection des données par courrier postale au CCAS de Séné et en joignant une copie d'une pièce justificative d'identité. En outre, vous êtes en droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en France.