



Centre Communal d'Action Sociale de la Commune de la Chapelle d'Armentières

Portage des repas à domicile pour les personnes âgées

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date et lieu de naissance : _____

Tél domicile : _____

Tél : _____ ou Tél : _____

Afin de bénéficier du portage des repas à domicile, je réunis les conditions médicales requises :

Certificat médical du médecin traitant : oui non (à fournir au plus vite)

Avis d'imposition : imposable non imposable (joindre la copie de l'avis)

A compter du : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

La Chapelle d'Armentières,

Le _____

Réservé au service

Appel au restaurant scolaire

Le _____ à _____

Pris par _____