



# E.H.P.A.D TY LAOUEN

KERMUNITION

56590 GROIX

TEL : 02.97.86.61.58

FAX : 02.97.86.61.61

Email : [ehpadgroix@orange.fr](mailto:ehpadgroix@orange.fr)

Date de réception :

Date de démarrage :

## BULLETIN D'INSCRIPTION PORTAGE DE REPAS

Je soussigné (e)

M.....

Demeurant à : .....

Tel : .....

### Demande à bénéficier du portage repas à domicile

à compter du ..... jusqu'au

.....

Selon le détail suivant :

Tous les jours

Les jours suivants :  lundi  mardi  mercredi  jeudi

vendredi  samedi  dimanche

Régime particulier :  Sans sel  Sans sucre  Autre

Texture :  Normal  Mixé  Coupé

Mode de règlement :  Chèque  Prélèvement

Adresse de facturation :  Personne elle-même  Autre :

Médecin traitant : .....

Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

.....

Fait à ..... Le .....

Signature