

# FICHE D'IDENTITE BENEFICIAIRE

Dossier ouvert par : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Demande faite par** : ..... **lien** : .....

**NOM** : ..... **PRENOM** : .....

**Adresse** : N° ..... à .....

**Téléphone** : ..... **Portable** : .....

**Situation de famille** : ..... **Date naissance**: .....

**Observation bénéficiaire**: .....

**Régime**:  Pas de régime  Sans sel  Sans sucre  Cholestérol  Pain normal  Pain sans sel

Certificat médical apporté au CCAS  Règlement int/ remis au bénéf  Règlement int/ rapporté CCAS

**Date premier repas** : ...../201

**Nombre de repas par jour** : .....

7/7  Lun  Mar  Merc  Jeu  Vend  Sam  Dim  à la demande

Facture à envoyer à la même adresse  autre adresse : M. Mme \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

APA  AS au portage  Caisse de retraite : .....

**Date de PC**: du ...../201 au ...../201

**1<sup>ère</sup> personne à prévenir en cas d'absence ou urgence**- Nom Prénom : .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : ..... **Portable** : .....

**Lien de parenté** : .....

**2<sup>ème</sup> personne à prévenir en cas d'absence ou urgence**- Nom et prénom: .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : ..... **Portable** : .....

**Lien de parenté** : .....

## **Arrêt des repas définitif** :

**Date** : ...../...../..... **Raison** : .....

**Reprise** : **Date** : ...../...../..... **Raison** : .....

**Date arrêt**: ...../...../..... **Raison** : .....

**Observation en cours** :

.....  
.....



