

CERTIFICAT MEDICAL

Demande d'informations particulières pour la prestation de repas à domicile par le C.C.A.S. d'Asnières-sur-Oise

Je soussigné (e), Docteur Tél. :.....

Certifie que :

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

Adresse :

Présente une perte d'autonomie invalidant ses capacités à se déplacer ou à préparer ses repas à son domicile :

perte d'autonomie physique

perte d'autonomie psychique

mobilité partielle

immobilité

Pour une durée prévue de :

Son état de santé nécessite le service de repas spécifiques

sans sel ajouté sans sucre

Ces aménagements ne sont pas des repas de régime strict (ex : de type diabétique).

Observations ou contraintes particulières :

.....

.....

Date : Signature et cachet :

NB : ce document est annexé au dossier de demande de repas à domicile, afin de déterminer les droits de la personne à bénéficier de la prestation de repas à domicile. Il est conservé par le C.C.A.S. avec copie transmise au Traiteur chargé de la préparation et livraison des repas.