

PORTAGE DE REPAS A DOMICILE

Fiche de renseignements à remettre au
CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

1 rue Augustin Chaho
64500 SAINT JEAN DE LUZ
05 59 51 61 40

DEMANDEUR

CONJOINT

NOM – PRENOM : _____

DATE et LIEU DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

N° DE TELEPHONE _____

Nom du Médecin traitant : _____

Autre personne vivant à cette adresse : _____

**COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS
D'URGENCE**

(à renseigner obligatoirement)

M _____

PIECE A FOURNIR

-Dernier avis d'imposition ou de non-imposition