



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION**  
**SPECIAL « ACCOMPAGNANT »**  
**AU SERVICE DU PORTAGE DE REPAS A DOMICILE**

UNE FOIS COMPLÉTÉ, MERCI DE REMETTRE CE FORMULAIRE A L'AGENT EN CHARGE  
DE LA LIVRAISON DES REPAS (**accompagné des documents nécessaires**)  
OU  
L'ENVOYER AU SIVOM, 27 CHEMIN DE LA PLANCHE BRÛLÉE, 01210 FERNEY-VOLTAIRE  
OU  
LE TRANSMETTRE PAR MAIL : [sivomeg@sivom-eg.fr](mailto:sivomeg@sivom-eg.fr)

Nom et Prénom de l'accompagnant : .....

Adresse personnelle de l'accompagnant : .....  
.....

Téléphone : .....

Qualité de l'accompagnant (*lien de parenté, travailleur social, aidant,.....*) :  
.....

Auprès de (*Nom et prénom du bénéficiaire du service*) : .....

Jours de livraison souhaités (*cocher les cases*) :

Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi     Vendredi     Samedi     Dimanche  
(repas livré jeudi)                      (les 2 repas livrés vendredi)

Adresse de facturation (*cocher les cases*) :

- Adresse habituelle du bénéficiaire du service  
 Adresse personnelle de l'accompagnant

Voulez-vous des repas diabétiques ? :  oui                       non

Voulez-vous des repas sans sel ? : .....  oui                       non

Voulez-vous des repas sans porc ? : ...  oui                       non

**Attention** : *Pour les allergies alimentaires, pas de possibilité de fournir des repas*

Date à laquelle vous souhaitez commencer : .....

Date et signature de l'accompagnant :

Date et signature du bénéficiaire :

**Pièce à joindre au présent formulaire :**

- copie d'une pièce d'identité de l'accompagnant  
 J'accepte les conditions du service de portage de repas prévues au règlement remis