Centre Communal d'Action Sociale
Accompagnement aux courses

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Personne à contacter en cas de besoin :

Nom / Prénom : .....

Téléphone : .....

Mobilité

☐ Autonome
☐ Difficultés à marcher
☐ Sans véhicule
☐ Autre :

Besoins spécifiques (aide, accompagnement particulier...) :

.....

.....

Lieu de ramassage :

☐ **Devant l'EHPAD** ☐ **Mairie** ☐ **Domicile (si difficultés de mobilité justifiées)**

Autorisation :

☐ J'accepte d'être transporté(e) en minibus dans le cadre de ce service

Date : .....

Signature :



Voir verso →

Dates souhaitées :
Accompagnement aux courses les lundis de 9h30 à 12h

Date	OUI	NON	Difficultés de mobilité - à domicile
Lundi 26 Octobre			
Lundi 2 Novembre			
Lundi 9 Novembre			
Lundi 16 Novembre			
Lundi 23 Novembre			
Lundi 30 Novembre			
Lundi 7 Décembre			
Lundi 14 Décembre			
Lundi 21 Décembre			
Lundi 28 Décembre			