

ANNEXE N°1**FORMULAIRE POUR LA PRESCRIPTION MEDICALE
D'UN REGIME ALIMENTAIRE DE REPAS A DOMICILE**

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, certifie que l'état de santé
de M/Mme.....

Né(e) le :

Nécessite la distribution des repas à domicile pour une durée de :

Merci de préciser le régime alimentaire :

☐ Ne nécessite pas de régime alimentaire (formule normale)

☐ Nécessite un régime particulier (un seul régime possible) :

☐ Sans sel

☐ Diabétique

☐ Diabétique sans sel

Merci de préciser la texture alimentaire

☐ Normale

☐ Hachée

☐ Mixée

Le service de repas à domicile n'est pas accessible aux personnes ayant une allergie alimentaire médicalement constatée (Article 7 du Règlement de fonctionnement).

Date :

Signature et cachet du médecin :