

**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

Sans fibres (uniquement en texture normale)

**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 Intérieur).

Date :

Signature et cachet du médecin: