



PÔLE SANTÉ SUD 37  
Sainte Maure de Touraine

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire  
Touraine - Val de Loire

# Dossier d'inscription

## Service de repas à domicile



Centre Hospitalier de Sainte Maure de Touraine

90 Avenue du Général de Gaulle 37800 SAINTE MAURE DE TOURAINE

Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h30

**Tél** : 02 47 72 32 07

**Mail** : [achats@ch-saintemaure.fr](mailto:achats@ch-saintemaure.fr)

## Inscription : Mode d'emploi

Pour vous inscrire au service de portage de repas à domicile du Centre Hospitalier de Sainte Maure de Touraine, vous devez nous retourner les documents suivants :

- Fiche d'inscription** (à compléter et à signer)
- Certificat médical** (pour les personnes suivant un régime)

Les informations portées sur les documents **doivent être précises**, notamment l'adresse du lieu de livraison. Des indications complémentaires pourront être demandées pour faciliter le travail des agents de livraison.

Le dossier dûment complété doit être transmis au Centre Hospitalier de Sainte Maure de Touraine soit :

- Par **voie postale**
- Par **e-mail** : Télécharger le dossier sur le site internet, puis le renvoyer à l'adresse suivante : [achats@ch-saintemaure.fr](mailto:achats@ch-saintemaure.fr)
- **Sur place sur RDV** du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et 13h00 à 16h30.

### Centre Hospitalier

90 Avenue du général de Gaulle

37800 SAINTE MAURE DE TOURAINE

Les inscriptions peuvent être également effectuées **par téléphone**, au **02 47 72 32 07**, aux horaires indiqués.

**A réception de votre dossier, un agent vous contactera pour confirmer la prise en compte de votre demande.**

**Attention** : Une place sur liste d'attente peut vous être proposée lors du dépôt du dossier.

### Informations :

Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et 13h00 à 16h30 au 02 47 72 32 07.

FICHE D'INSCRIPTION

**Bénéficiaire :**

**Date de la demande :** .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Adresse de facturation : .....

Personnes à contacter :

Famille (Nom, Prénom, lien de parenté, adresse, téléphone) : .....

.....

Voisin / Aide à domicile (Nom, prénom, adresse, téléphone) : .....

.....

**Repas :**

**Date de la 1<sup>ère</sup> livraison :**

Cocher les jours de **consommation des repas** :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Tous les jours

Pain (sans supplément de tarif) :  Oui  Non

Régime prescrit par un médecin :  Sans sucre  Sans sel

Texture :  Normale  Hachée

**Cadre réservé au service :**

Code Recan : .....

Fiche adhésion retournée signée

Autre :  
.....