

## **CERTIFICAT MEDICAL**

### **Demande d'information particulière pour la prestation de repas à domicile par le C.C.A.S. de Cagnes sur Mer**

Je soussigné(e), Docteur

Tel :

certifie que :

Monsieur    Madame                       Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse :

06800 Cagnes sur Mer,

présente une perte d'autonomie invalidant ses capacités à se déplacer ou à préparer ses repas à son domicile :

perte d'autonomie physique

perte d'autonomie psychique

mobilité partielle

immobilité

pour une durée prévue de :

Son état de santé nécessite le service de repas spécifiques

sans sel ajouté

sans sucre

sans sel / sans sucre ajoutés

Ces aménagements ne sont pas des repas de régime strict (ex type diabétique).

Observations ou contraintes particulières :

Date :

Signature et cachet

*NB : Ce document est annexé au dossier de demande de repas à domicile, conservé par le C.C.A.S., afin de déterminer les droits de la personne à bénéficier de la prestation de repas à domicile. Cette prestation ne doit pas contribuer à accentuer l'isolement et la rupture du lien social. Elle est donc destinée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer et de se rendre aux foyers restaurants de la commune ou de préparer leurs repas, provisoirement ou non.*

*Compte tenu de la capacité d'accueil limitée du service, la prestation est accordée en priorité aux personnes dont l'état de santé le nécessite davantage et qui ne disposent pas d'une autre solution de restauration.*

*La prestation est mise en place pour un an maximum, renouvelable selon l'état de santé de l'usager.*

*Le médecin pourra être contacté par le C.C.A.S, en cas de non consommation répétée des repas livrés.*