

FICHE D'INSCRIPTION

Document à compléter et à retourner daté et signé

Bénéficiaire seul ou couple

Nom :Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :.....
Nom :Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :.....
Téléphone fixe/portable :
Adresse :.....
Inscription à partir du :.....
Personne à contacter en cas de besoin : Nom :Prénom :
Numéro de Téléphone fixe :Numéro de téléphone portable :.....

Repas

Cocher les jours choisis pour la consommation des repas à domicile

* Pour les régimes, merci de joindre un certificat médical.

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi
- Dimanche

Régime spécifique *

Si OUI indiquer le type de régime :

Diabétique :

Cholestérol :

TX Mouliné :

TX liquide :

Autres :

Facturation

Facturation à l'adresse du bénéficiaire : OUI NON

Si la facture doit être adressé à un tiers, nous préciser :

Parenté / qualité :

Nom :Prénom :

Adresse :Code Postal :.....Commune :

Date de l'arrêt de la prestation :

Motif :

Signature