

FICHE RENSEIGNEMENTS

Service : Portage de repas

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. : **Date et lieu de naissance :**

Revenus mensuel déclaré : € **personne seule**

Revenus mensuel déclaré : € **couple**

Nom du médecin traitant :

Régime alimentaire :

OUI

NON

Type de régime :

Sans SEL

Sans SUCRE

Repas à livrer						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Date de démarrage du service :

M..... déclare avoir pris connaissance du règlement du service et en accepte l'ensemble des dispositions.

Date et signature du Bénéficiaire