



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SERVICE DU PORTAGE DE REPAS
A DOMICILE

NOM DU BENEFICIAIRE :

(Remplir une fiche par bénéficiaire - fournir une copie d'une pièce d'identité)

Prénoms :

Né(e) le à

Adresse :

N° de téléphone FIXE ET PORTABLE :

Mail :

N° Sécurité Sociale :

Nom de votre médecin traitant :

EN CAS D'URGENCE NOM ET COORDONNEES DES PERSONNES A PREVENIR :

1/ Nom :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone domicile :

N° portable :

Mail :

Lien avec le bénéficiaire : enfant voisin autre : précisez

2/ Nom :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone domicile :

N° portable :

Mail :

Lien avec le bénéficiaire : Enfant Voisin Autre : Précisez

JOURS DE LIVRAISON A PRECISER (rayer la mention inutile)

LUNDI - MARDI - MERCREDI - JEUDI - VENDREDI - SAMEDI - DIMANCHE

TYPE DE REPAS (rayer la mention inutile) : **NORMAL - DIABETIQUE - SANS SEL**

Rappel : TOUTE MODIFICATION DOIT ETRE SIGNALEE AU SECRETARIAT 48 HEURES AVANT MINIMUM
(À défaut les repas prévus seront facturés)

Secrétariat : 01.82.86.01.75 De 10h à 13h30

DATE ET SIGNATURE :