

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : Prénom :

Adresse :

Accès :

Tél. : Date et lieu de naissance :

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