

SERVICE DE PORTAGE DES REPAS FICHE D'INSCRIPTION

Délai : 6 jours

Commune : LARRINGES	Réfèrent : Tél. :
---------------------	----------------------

BENEFICIAIRE

Nom :	Prénom :
Tél. :	Date de naissance :
Adresse :	
Précisions supplémentaires pour le livreur (impératif) :	
Personne à contacter : Tél :	
Décharge : Tél :	
Précision d'adresse :	

PORTAGE Motif :

Durée prévue :	Semaine	Mois	Non défini
Début : / / 200 .. inclus		Fin : / / 200 .. inclus	
Jours de livraison →	Mardi	Jeudi	Samedi
Nombre de repas →	Ma Me	Je Ve	Sa Di Lu
Régime → (Si oui, certificat médical)	Aucun	Sans sel	Sans sucre Sans gras
	Mixé	autres ↘	
↘ Précisions :			

Documents à fournir ↗	Observations ↗
Pièce Identité <input type="checkbox"/>	
Règlement..... <input type="checkbox"/>	
Décharge..... <input type="checkbox"/>	
(Cert.Médical). <input type="checkbox"/>	
Tuteur, curateur (nom, adresse, n°tél.) :	