

03.20.19.33.43

PERSONNE à LIVRER :
(une fiche par personne)

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone : / / / / Date de naissance : / /

Si âge non requis, motif de la livraison : certificat médical fourni :

La livraison prendra effet à compter du : / /

Fréquence par semaine (possibilité de révision selon conditions, cf. règlement) :

<i>lundi</i>	<i>mardi</i>	<i>mercredi</i>	<i>jeudi</i>	<i>vendredi</i>	<i>samedi</i>	<i>dimanche</i>	<i>variable</i>

Etes-vous sous tutelle : non oui

Si oui, quel est l'organisme tuteur :

Adresse :

Personne référent : Tél : / / / /

PERSONNE pouvant être contactée en cas de problème ou d'absence :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : / / / / Portable : / / / /

En cas d'absence, ou pouvons-nous déposer le repas (voisin, glacière à l'entrée ...) :

.....

Divers : toutes remarques que vous jugez utiles de nous communiquer :

.....

.....

Réservé au service administratif :	D / A
DATE d'enregistrement du Dossier : / /	
.....	
.....	

Date et signature :
« J'ai pris connaissance du règlement »