



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**Portage de repas à domicile**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse précise : .....

.....

**Tél domicile** : ..... **Tél portable** : .....

**Personne à contacter** : ..... **Lien** : ..... **Tél** :

: ..... **Lien** : ..... **Tél** :

**Médecin traitant** : .....

**Allergies alimentaires** : .....

**Régime Alimentaire** : cocher la case correspondante

normal  diabétique

sans sel  mixer

**Cocher les cases correspondantes aux jours souhaités.**

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE

Date ..... Signature

**Important** : Afin de valider votre inscription, merci de nous fournir dans les meilleurs délais un certificat médical mentionnant : votre régime alimentaire (même si celui-ci est normal) et indiquant qu'une prise en charge pour les repas est nécessaire.

En cas de changement, merci de nous contacter par téléphone 72 heures à l'avance au 03.29.41.66.67 (du lundi au vendredi de 8h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 à l'exception du vendredi 17h00). Passé ce délai, votre repas vous sera livré et facturé.