



CIAS DU GRAND ARMAGNAC

SERVICE DE LIVRAISON DE REPAS A DOMICILE

FICHE D'INSCRIPTION

Informations relatives au bénéficiaire.

NOM : PRENOM :

Date de naissance : TEL. :

Date début de livraison :

Adresse de livraison du repas : (indiquer toutes les précisions utiles à la livraison).

Contre-indications alimentaires spécifiques : (allergies...)

Jours de livraison souhaités (mettre une croix en face du ou des jours souhaités) :

LUNDI	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>

JEUDI	<input type="checkbox"/>
MERCREDI	<input type="checkbox"/>

VENDREDI	<input type="checkbox"/>
SAMEDI	<input type="checkbox"/>

DIMANCHE	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

Médecin traitant.

NOM : PRENOM :

Adresse : TEL. :

Personne à contacter en cas de problème.

Nom et qualité : TEL. :

Adresse :

Nom et qualité : TEL. :

Adresse :

Adresse de facturation si différente de la livraison.
