



Nom		Prénom	
Adresse		Téléphone <input type="checkbox"/> liste rouge	
.....		Portable	
Nationalité		né (e) le	
Couverture sociale		Autres éléments	
<input type="checkbox"/> Générale		Situation Familiale Nb d'enfants	
<input type="checkbox"/> Mutualité Sociale Agricole		<input type="checkbox"/> J'ai recours à une aide à domicile	
<input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> Atome <input type="checkbox"/> A D M R <input type="checkbox"/> autres	
Catégories socioprofessionnelles			
Métier exercé			
<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants agricole		<input type="checkbox"/> Professions intermède.	<input type="checkbox"/> Employés
<input type="checkbox"/> Artisans commerçants chefs d'ent.		<input type="checkbox"/> Ouvriers	<input type="checkbox"/> Etudiants
<input type="checkbox"/> Cadres et professions libérales		<input type="checkbox"/> Chômeurs	<input type="checkbox"/> Retraités :
Portage des repas			
Régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lequel :			
Allergies alimentaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles :			
Jours de livraison		Mardi <input type="checkbox"/> 1 repas <input type="checkbox"/> 2 repas	repas complet
		Jeudi <input type="checkbox"/> 1 repas <input type="checkbox"/> 2 repas	ou
		Samedi <input type="checkbox"/> 1 repas <input type="checkbox"/> 2 repas	repas simple
Personnes à prévenir en cas d'urgence			
Nom et Prénom	Téléphone	Lien de parenté	
Je (nous) soussigné (s) Certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.			
Date :		Signature	
	Membre de la Fédération des centres sociaux de France		
Conformément à la CNIL, les informations transmises sont confidentielles.			