

Nom Prénom

Adresse Téléphone liste rouge
.....
..... Portable.....

Nationalité né (e) le

Couverture sociale

Générale

Mutualité Sociale Agricole

Autres :

Autres éléments

Situation Familiale Nb d'enfants

J'ai recours à une aide à domicile

Atome A D M R autres

Catégories socioprofessionnelles

Métier exercé

Agriculteurs exploitants agricole Professions intermède. Employés

Artisans commerçants chefs d'ent. Ouvriers Etudiants

Cadres et professions libérales Chômeurs Retraités

Portage des repas

Régime alimentaire oui non si oui lequel :

Allergies alimentaires oui non si oui lesquelles :

Jours de livraison	Mardi	<input type="checkbox"/> 1 repas	<input type="checkbox"/> 2 repas	repas complets
	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	Numéro de téléphone	Lien de parenté

Je (nous) soussigné (s) Certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date :

Signature

