

C.I.A.S - PRIVAS Centre Ardèche
Service Repas à Domicile

Fiche d'inscription

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

Prénom : Téléphone :

Marié(e) Veuf(ve) Célibataire Divorcé(e)

Adresse :

.....

Date de naissance : Lieu :

Caisse de retraite principale :

Avez-vous un régime médical alimentaire spécifique ? OUI NON

Sous Présentation d'un certificat médical, nous pouvons proposer les régimes alimentaires suivants :

**Diabétique / Diabétique sans poisson / Sans Sel / Sans Cholestérol / Sans Fibres /
Sans Laitages / Sans Vitamines K / Sans Poisson**

Planning Type Souhaité : (Barrer les mentions inutiles)

Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi(livré le Jeudi)
Samedi(livré le Vendredi) - Dimanche(livré le Vendredi)

NOM et Prénom de la personne à contacter en cas de nécessité :

.....Lien de parenté :

Adresse.....

Téléphone :

Nom du médecin traitant :

J'accepte les termes du règlement de fonctionnement du service et je m'engage à les respecter.

Fait à, le

Signature du bénéficiaire