

CLIENT / BENEFICIAIRE

NOM :

PRENOM :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

AGE :

ADRESSE :

Complément d'adresse :

Code postal / ville :

Téléphone domicile :

Portable :

Type d'habitation :

Maison individuelle

Appartement

Escalier / étage

Appart n°

Commentaire logistique :

Code porte

Oui

Nom

Clés porte

Oui

Nom

Condition de vie :

Seul(e)

Autre personne au foyer

Présence d'animaux :

Mobilité :

Seul(e)

Avec aide

Non mobile

Commentaire :

Equipements :

Réfrigérateur :

Oui

Non

Four tradi :

Oui

Non

PERSONNE CHEZ QUI DEPOSER LE REPAS EN CAS D'ABSENCE TEMPORAIRE (proximité)

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Complément d'adresse :

Code postale / ville :

Téléphone domicile :

Portable :

DATE DE DEMARRAGE :

REGIMES ALIMENTAIRES :

Normal

S/sel

S/sucre

S/graisse

TEXTURES :

Normal

Haché

Mouliné

CORRESPONDANT N°1

Nom : Prénom :

Adresse :

Complément d'adresse : Code postale / ville :

Téléphone domicile : Portable :

Mail : Téléphone professionnel :

Mesure de protection judiciaire :

Tutelle Curatelle Nom de l'organisme :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postale / ville :

Complément d'adresse : Portable :

Téléphone domicile :

CORRESPONDANT N°2

Nom : Prénom :

Adresse :

Complément d'adresse : Code postale / ville :

Téléphone domicile : Portable :

Mail : Téléphone professionnel :

CONTACT FACTURATION (Si différent)

Nom : Prénom :

Adresse :

Complément d'adresse : Code postale / ville :

Téléphone domicile : Portable :

Mail : Téléphone professionnel :