

Fiche d'inscription

Repas à domicile

Merci de compléter et de retourner impérativement cette fiche
 au Centre Communal d'Action Sociale

Bénéficiaire

Nom	Prénom	Adresse de livraison	Adresse de facturation	Téléphone

Demande de portage des repas à compter du (date)

Nombre de plateau : 1			
Jours souhaités*	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mercredi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Samedi	<input type="checkbox"/> Dimanche

* Cochez les cases correspondantes à votre cas.

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	Prénom	Qualité	Adresse	Numéro de Téléphone

Fait à Castelginest, le : ... / / 202.....

Signature :