



## BÉNÉFICIAIRE

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone :

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

## ALIMENTATION

- Normale
- Pauvre en sel
- Pauvre en sucre
- Pauvre en sel et sucre

Allergie (précisez) :

## PRISE DES REPAS (COCHER LES JOURS CONCERNÉS)

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi    | <input type="checkbox"/> Vendredi |
| <input type="checkbox"/> Mardi    | <input type="checkbox"/> Samedi   |
| <input type="checkbox"/> Mercredi | <input type="checkbox"/> Dimanche |
| <input type="checkbox"/> Jeudi    |                                   |

À :

LE :

**SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE**

