

## LIVRAISON REPAS A DOMICILE

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Nom – prénom :** .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : ...../...../...../.....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone du médecin traitant : ...../...../...../.....

Aide ménagère :                      OUI                      NON

Régime particulier :                      OUI    Sans sucre                      NON

Sans sel

Sans sucre et sans sel

Fréquence des repas :    lundi ☐    mardi ☐    mercredi ☐    jeudi ☐    vendredi ☐    samedi ☐    dimanche ☐

### EN CAS D'URGENCE

Personne(s) à prévenir :

#### **En priorité :**

**Nom – prénom :** .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../...../...../.....    Courriel : .....@.....

**Nom – prénom :** .....

Adresse : .....

Téléphone : ...../...../...../.....    Courriel : .....@.....