

**BENEFICIAIRE**

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Nationalité : ..... Situation Familiale : .....

Téléphone : .....

Mail : .....@.....

Adresse :

.....  
.....

Adresse de facturation si différente :

.....  
.....

Indications supplémentaires (localisation précise du domicile, descriptif de la maison, plan, ...) :

.....  
.....  
.....  
.....

Avez-vous un animal ?  Oui  Non

*En cas de besoin, merci d'enfermer votre animal dans une pièce le temps de la livraison*

Pouvez-vous ouvrir votre domicile ?  Oui  Non

Si non, nous préconisons l'installation d'une boîte à clé.

Boîte à clé :  Oui  Non / Code : .....

Mesure de Protection :  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle  Autre.....

(En cas de mesure de protection, merci de nous fournir les justificatifs)

**Personnes à contacter :**

(Nom, prénom, lien, adresse, téléphone) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**AUTRES SERVICES :**

Contacts	Service/Cabinet	Noms Prénoms	Coordonnées	Commentaires
Médecin-traitant				
SAAD				
Infirmier(s)				
SSIAD				
Kinésithérapeute				
Autres : .....				

Service de Téléassistance :  Oui  Non

**REPAS**

Périodicité des repas :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Semaine 1</b>							
<b>Semaine 2</b>							

Observations :

.....

.....

Régime alimentaire :

- Pas de régime
- Pauvre en sucre
- Pauvre en sel
- Autres : .....

Date de début de livraison souhaitée : ..... / ..... / 20.....  
(Attention ! Le délai de mise en place du service est de 3 jours ouvrés)

**Intervention en urgence ⇒ demande d'intervention expresse  
(cocher la case le cas échéant)**

Durée du contrat :  Indéterminée  
 Déterminée : ..... / ..... / 20..... au ..... / ..... / 20.....

Fait à ....., le .....

Signature