



SARL LARCAD

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE  
2023

Tournée :

Client n° :

## ETAT CIVIL DE L'ADHERENT

Civilité Mr  Mme  Melle 

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale :                      Clé   

Adresse : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Code Portail : \_\_\_\_\_ Code Portillon : \_\_\_\_\_ Code Interphone : \_\_\_\_\_ Prêt d'un : PASS Clef

Ascenseur : Oui Non

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL ou DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

Adresse E-mail : \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée :

Epoux :  Epouse :  Fils :  Fille :  Gendre :  Belle Fille :  Ami :  Autre : 

Observations :

## INFORMATIONS MEDICALES

Désignation	Oui	Non	Observations	Si formule couple	
				Monsieur	Madame
Trouble de la marche					
Trouble de la mémoire					
Trouble de la déglutition (besoin de repas mixé)					
Diabète					
Cholestérol					
Allergie Alimentaire					
N'aime pas					

## MISE EN PLACE

Date Début : \_\_\_\_\_ Date de Fin : \_\_\_\_\_ A la demande  occasionnelTous les jours  Tous les jours sauf week-end  Tous les jours sauf dimanche En 4 livraisons dans la semaine  
(voir ci-dessous)Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi  Samedi  Dimanche   
Jour de livraison Jour de livraison Jour de livraison Jour de livraison

Formules	Prix	Cocher votre choix
<b>Déjeuner (Code 3)</b> (1 entrée + plat principal + fromage + dessert + pain + goûter offert)	13.50 €	
<b>Déjeuner + Potage + Laitage (Code 6)</b>	15.50 €	
<b>Déjeuner + Dîner (Code 10)</b>	17.50 €	
<b>Formule Couple (Code 11)</b> 1 entrée + 2 plats chauds + 1 fromage + 1 dessert + 2 pains	17.50 €	

**AIDES FINANCIERES**

Organisme	Nombre de portage	Montant Aide Annuelle	Participation de la caisse en %	Date début	Date fin	Observations
CARSAT						
RSI						
Caisse Agricole						

**FACTURATION**Même adresse que lieu de livraison : 

Autre adresse si différente :

**Courrier :** Civilité Mr  Mme  Melle 

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Mail :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_**Tutelle :**

NOM ORGANISME : \_\_\_\_\_

NOM - Prénom (Personne en charge du dossier) : \_\_\_\_\_

Adresse facturation : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Date mise en place de la tutelle : \_\_\_\_\_

**Si facture acquittée, envoyer à :**Même adresse que lieu de livraison : **Par mail :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_**Par courrier chez :** Civilité Mr  Mme  Melle 

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_