



SARL LARCAD

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE
2025

Tournée :

Client n° :

ETAT CIVIL DE L'ADHERENT

Civilité Mr Mme Mlle

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° Sécurité Sociale : Clé

Adresse : _____ Etage : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Couleur Volet : _____ Couleur Portail : _____

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
Déjeuner (Code 3) (1 entrée + plat principal + fromage + dessert + pain + goûter offert)	14.00 €	
Déjeuner + Potage + Laitage (Code 6)	16.00 €	
Déjeuner + Dîner (Code 10)	18.00 €	
Formule Couple (Code 11) 1 entrée + 2 plats chauds + 1 fromage + 1 dessert + 2 pains	18.00 €	

AIDES FINANCIERES

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

FACTURATIONMême 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 : _____