



SARL LARCAD

**FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE**  
2022

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 <b>repas mixé</b> )					
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)	12.50 €	
<b>Déjeuner + Potage + Laitage (Code 6)</b>	14.50 €	
<b>Déjeuner + Dîner (Code 10)</b>	16.50 €	
<b>Formule Couple (Code 11)</b> 1 entrée + 2 plats chauds + 1 fromage + 1 dessert + 2 pains	16.50 €	

**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 : \_\_\_\_\_