



SARL LARCAD

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

2026

Tournée :

Client n° :

## ETAT CIVIL DE L'ADHERENT

Civilité Mr  Mme  Mlle 

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la déglutition (besoin de repas mixé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'aime pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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)	14.50 €	<input type="checkbox"/>
Déjeuner + Potage + Laitage (Code 6)	16.50 €	<input type="checkbox"/>
Déjeuner + Dîner (Code 10)	18.50 €	<input type="checkbox"/>
Formule Couple (Code 11) 1 entrée + 2 plats chauds + 1 fromage + 1 dessert + 2 pains	18.50 €	<input type="checkbox"/>

## FACTURATION

Même adresse que lieu de livraison :

Autre adresse si différente :

**Courrier :** Civilité Mr  Mme  Mlle

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  Mlle

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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