

Formulaire - Popote roulante

Identification du bénéficiaire :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (JJ / MM / AA) : _____ / _____ / _____

Adresse : _____

Rue transversale : _____ Numéro d'appartement : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Où avez-vous entendu parler de nous ?

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Accessible au tarif préférentiel (Le bénévole doit vérifier la preuve de revenu du bénéficiaire)

Oui Non

Nombre de repas chauds

Mardi _____ Jeudi _____

Nombre de repas surgelés

Mardi _____ Jeudi _____

Équipe

Le Prevost La Marmite La Soupière Le Rondeau

Début du service _____

Fin du service _____ Raison : _____

Informations sur le bénéficiaire :

Mobilité réduite :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Personne seule |
| <input type="checkbox"/> Marchette | <input type="checkbox"/> Déficit auditif |
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Déficit visuel |
| | <input type="checkbox"/> Pertes cognitives |
| | <input type="checkbox"/> Diabète |

Je ne mange pas ou j'ai une intolérance à :

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bœuf | <input type="checkbox"/> Poisson et fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Porc | <input type="checkbox"/> Produits laitiers |
| <input type="checkbox"/> Poulet | <input type="checkbox"/> Végétarien |
| <input type="checkbox"/> Veau | <input type="checkbox"/> Allergies : |
| <input type="checkbox"/> Pâte | _____ |
| | _____ |

Identification des personnes à contacter en cas d'urgence :

Prénom : _____ Nom : _____

Lien : _____ Téléphone : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Lien : _____ Téléphone : _____

Intervenant (s'il y a lieu) :

Prénom : _____ Nom : _____

Lien : _____ Téléphone : _____

Commentaires