



BEL'AGE SP

Service de Proximité

Date 1^{er} portage :

FICHE RENSEIGNEMENTS BENEFICIAIRE

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

..... Etage :

Tel :

Ne(e) le : à :

Interphone : Ascenseur : Code :

Chien : Single : Couple :

Capacité d'ouvrir la porte : OUI NON Clés : OUI NON

Nombres de repas par semaine :

Repas Midi

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Repas ou potage soir

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Contacts famille / Organisme :

NOM : Organisme :

PRENOM : NOM :

ADRESSE : ADRESSE :

TEL : TEL :