



FICHE INSCRIPTION

à compter du : _____

RESTAURANT – RESIDENCE AUTONOMIE

CLAIR MATIN

SOLEIL D'AUTOMNE

NOM/ Prénom : _____

Situation Familiale : Célibataire / Divorcé(e) / Marié(e) / Pacsé(e) / Séparé(e) / Veuf / Veuve

Date de naissance : _____

Domicilié (e) : _____ à ALENCON

Etage : _____ N° APPT : _____

N° TEL FIXE : _____ N° TEL PORTABLE : _____

Pour les jours suivants :

LUNDI

MERCREDI

VENDREDI

MARDI

JEUDI

REPAS à Thème

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME (MALAISE, AUTRES ou ENVOI FACTURE) OBLIGATOIRE

NOM/ Prénom : _____ TEL _____

Adresse : _____

Ville : _____

Lien de parenté : Enfant /Petit Enfant/ Frère /sœur/ Voisin/ Famille/ Autre(.....)

NOM/ Prénom : _____ TEL _____

Adresse : _____

Ville : _____

Lien de parenté : Enfant /Petit Enfant/ Frère /sœur/ Voisin/ Famille/ Autre(.....)

Nom du Médecin Traitant : _____ TEL _____

Envoi facture : adresse bénéficiaire / autre (si autre indiqué l'adresse ci-dessous)

Tarification : • Amicaliste • Alençonnais • hors Alençonnais

Mode facturation : • Prélèvement Bancaire • Chèque • Virement

Règlement intérieur accepté le :