

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire et de nous le renvoyer le plus rapidement possible au :

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE – MAIRIE DE VILLERUPT – 5 AVENUE ALBERT LEBRUN

Ces renseignements nous sont très utiles et indispensables.

NOM :

PRENOM

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

DIGICODE :

N° de TELEPHONE : Fixe :

Portable :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE PROBLEMES OU AUTRES : (obligatoire)

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

LIEN de PARENTE avec l'ABONNE au PORTAGE de REPAS :

N° de TELEPHONE : Fixe :

Portable :

Date de début de prise de repas :

Genre de repas :