

FORMULAIRE COMMANDE DE REPAS ACCOMPAGNANTS  
DU LUNDI AU VENDREDI

Document à compléter et à remettre à l'accueil au moins 72h à l'avance

Famille du patient / résident : .....  
Date du repas : ..... Service : .....  
Accompagnant 1 : ..... ALLERGIE : .....  
Accompagnant 2 : ..... ALLERGIE : .....  
Accompagnant 3 : ..... ALLERGIE : .....

*Nom et adresse complète (en majuscules) de la personne qui s'engage à régler le(s) repas :  
(Un avis des sommes à payer vous sera adressé ultérieurement)*

NOM:..... PRENOM.....  
ADRESSE : .....  
CP:..... VILLE : .....  
Nombre de repas : .....

Signature du demandeur

Nom et signature de l'agent de l'accueil

Imprimé remis à la cuisine le : .....(à compléter par l'agent de l'accueil)

Imprimé remis à l'équipe Bionettoyage le : .....(à compléter par l'agent de l'accueil)

Validation par l'agent d'accueil de la dispensation du repas accompagnant :  Oui..... (nombre de repas)  Non

Nom + signature de l'agent :

*Ce document devra être remis aux services économiques par l'agent d'accueil après distribution des repas accompagnants.*

**PRIX DU REPAS ACCOMPAGNANT**

**Menu complet du jour : 7,50 euros**