

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLIS ALIMENTAIRE

croix-rouge française



DEMANDEUR

- Nom – Prénom :
- Date :

BÉNÉFICIAIRE

- Nom – Prénom :
- Adresse :
- CP : Ville :
- Téléphone :
- Composition familiale :
 - Nombre d'adulte :
 - Nombre d'enfants :
- Besoins spécifique :
 - Régimes (diabète, avec ou sans viande,...)
 - Allergies
 - Hygiène
 - Bébés (couches, aliments,...)

Formulaire à retourner à : croix-rouge-chez-vous.dt32@croix-rouge.fr