

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLIS ALIMENTAIRE



## DEMANDEUR

---

- Nom – Prénom : .....
- Date : ..... N° Téléphone : .....

## BÉNÉFICIAIRE

---

- Nom – Prénom : .....
- Adresse : .....
- CP : ..... Ville : .....
- Téléphone : .....
- Composition familiale :
  - Nombre d'adultes : .....
  - Nombre d'enfants : ..... âges : .....
- Besoins spécifiques :
  - Régimes (diabète, avec ou sans viande,...) précisez : .....
  - Allergies, précisez : .....
  - Hygiène, précisez : .....
  - Bébé(s) (couches, aliments,...) précisez âge et poids : .....

Formulaire à retourner à : [croix-rouge-chez-vous.dt32@croix-rouge.fr](mailto:croix-rouge-chez-vous.dt32@croix-rouge.fr)

