

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

