



Agence pour une Vie de Qualité
Direction des soins ambulatoires et de première ligne
Secteur SAFA

| |
|--------------------------------------|
| Dénomination et adresse du service : |
| Signature de la responsable: |
| Agrément n° _____ |

A compléter tous les mois en double exemplaire

Service d'aide aux familles et aux personnes âgées

REPAS

Signature des bénéficiaires:

Mois: 20.....

Province:

| Je déclare avoir reçu un ou des repas, distribué(s) par le service mentionné ci-dessus | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|-----------|
| Nom du bénéficiaire | Signature | Nom du bénéficiaire | Signature |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Je déclare avoir reçu un ou des repas, distribué(s) par le service mentionné ci-dessus

| Nom du bénéficiaire | Signature | Nom du bénéficiaire | Signature |
|---------------------|-----------|---------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |