



## Healthy Dinner Program Registration

Name/ Nom

-----

Email

-----

Phone/ Tele

-----

Address

-----

-----

**If you are filling on behalf of another please fill below /Si vous remplissez au nom d'un autre, veuillez remplir ci-dessous :**

Name /Nom -----

Phone /Tele -----

Email: -----

**Reason for Meal program request/ Raison de la demande de programme de repas :**

1. low income or no income/ faible revenu ou pas de revenu
2. Physical disability/ Handicap physique
3. Senior/ Sénior
4. Single Parent/ Single Parent
5. Medical reason/ Raison médicale
6. Other/ Autres

**How did you hear about Dream center Healthy meals program?/ Comment avez-vous entendu parler du programme de repas sains Dream center?**

- 1. Friend/ Ami(e)
- 2. Family/ Famille
- 3. Online/ Enligne
- 4. Other/ Autres

**Preferred language/ Langue préférée**

- 1. English/ Anglais
- 2. French/ Francais

**Commentary / Commentaire**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Disclaimer: Filling out this application form does not automatically approve your eligibility. A representative from the Dorion Dream Center will be contacting you for more details. / Avis de non-responsabilité : remplir ce formulaire de demande n'approuve pas automatiquement votre admissibilité. Un représentant du Dorion Dream Center communiquera avec vous pour plus de détails.**

**WWW.DORIONDREAMCENTER.COM**

**450-455-4532**