Dénomination de la structure gestionnaire : xxxx

**N° Siret et coordonnées postales des établissements secondaires ayant une activité d’aide alimentaire et qui sont couverts par la demande d’habilitation (lieux/centres de distribution, espaces de stockage…) :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° SIRET(le cas échéant) | Nom du lieu | Adresse (**\***) | CP Ville | Type(s) d’activité (**\*\***) | Jours et horaires d’ouverture | Période(s) de fermeture annuelle(s) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(**\***) Dans le cas d’un dispositif itinérant : préciser « itinérant » et indiquer la ou les villes

(**\*\***) Colis, libre-service, épicerie sociale et solidaire, collations, repas, lieu de stockage…