

HABITAT INCLUSIF

- Rez-de-chaussée 1^{er} Etage (sans ascenseur)
 T 1 (- 25 m²) T 1 bis ("30 m²) T 2 ("50 m²)
 Meublé Non meublé
Nombre de Personnes 1 2

DEMANDE DE LOGEMENT

ATTRIBUTION SOUHAITEE A PARTIR DU.....

NOMS ET PRENOMS

DATE ET LIEU DE NAISSANCE

DOMICILE ACTUEL

.....

TEL.

SITUATION DE FAMILLE Célibataire Marié Enfant(s)

NOM ET PRENOMS DU CONJOINT

NE(E)

LE.....

REVENUS ANNUELS IMPOSABLES

(joindre avertissement imposition)

BENEFICE AUX PRESTATIONS FAMILIALES

CAISSE

ALLOCATAIRE N°

SERVICES FACULTATIFS DEMANDES

- Restauration complète
 Restauration complète à domicile
 Restauration midi
 Restauration midi à domicile
 Entretien du trousseau
Nombre :.....

RESSORTISSANTS OFFICE NATIONAL ()

TITRE :

SITUATION PROFESSIONNELLE :.....

PERSONNE A Contacter :

.....

.....

TEL. :

Engagement du Bénéficiaire ou de son représentant

Si ma demande est acceptée, je m'engage à me conformer strictement au règlement intérieur de l'Association Gestionnaire.

A..... Le.....