

Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

3 – Pour un adulte majeur sous protection juridique

La protection juridique est exercée par : Un membre de la famille Un organisme
 Autre

Coordonnées du : Tuteur Curateur

Nom : _____

Prénom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @ _____

4 – Pour un enfant mineur

► **PÈRE** Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____

► **MÈRE** Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente) : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____

► **Détenteur de l'autorité parentale (si détenue par un seul parent) :**

► **Autre représentant légal ou référent ASE :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @ _____

Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

5 – Identification de l'organisme payeur

Etes-vous inscrit à la CAF ou MSA de votre département de résidence ?

OUI NON

Si OUI, merci de préciser votre numéro d'allocataire CAF :

ou si vous relevez de la MSA cochez cette case :

Nom et adresse de l'organisme :

Nom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

6 – Adresse actuelle

Résidence du demandeur

Résidence habituelle de l'enfant (si elle est différente de celle du demandeur)

N° : _____ Rue : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Téléphone : _____

Mobile : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Précisez s'il s'agit :

1 – de votre domicile

2 – d'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées ou âgées

3 – de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

4 – d'une structure ou famille d'accueil ou de l'aide sociale à l'enfance

Contact : _____

Autre, préciser : _____

Pour les cas (2) et (3) veuillez préciser l'adresse qui était la vôtre 3 mois avant votre entrée en établissement ou en accueil familial

Nom de la structure ou de la famille d'accueil : _____

Votre adresse dans les 3 mois précédant votre entrée dans cet établissement ou dans cette famille :

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Si vous avez élu domicile dans une association, dans un organisme agréé ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale, précisez le nom de cet établissement :

Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

7 – Situation familiale du demandeur

Vous êtes : Marié(e) Pacsé(e) En couple sans être marié(e) ou pacsé(e)

Vous vivez en couple depuis le :

Vous êtes : Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

Vous êtes seul(e) depuis le :

8 – Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et prénom	Date de naissance	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle ...)	Lien de parenté (conjoint ...)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9 – Médecin traitant (facultatif)

Qualité :

Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : @

