

## DEMANDE DE LOGEMENT PRE-INSCRIPTION

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

Coordonnées de votre propriétaire actuel : \_\_\_\_\_

### N° ASSURE(E) SOCIAL(E) :

Madame :

Monsieur :

### SITUATION FAMILIALE :

Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Célibataire

	NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE
DEMANDEUR		
CONJOINT		

### RESSOURCES :

	MONTANT DES PENSIONS	AUTRES REVENUS
DEMANDEUR		
CONJOINT		

**NOM - ADRESSE - N° TEL. de votre personne référente (enfant - tuteur etc...)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE PIECES SOUHAITEES :       F1                               F2 (le F2 est loué en priorité à un couple)

ETAGE SOUHAITE :                       REZ DE CHAUSSEE                       INDIFFERENT

Votre numéro allocataire CAF :

Vous souhaitez prendre vos repas au Restaurant de la Résidence :

OUI       NON                       REGULIEREMENT                       DE TEMPS EN TEMPS

**AIDES A LA PERSONNES DONT VOUS BENEFICIEZ :**

AIDE MENAGERE                       OUI                               NON  
(si oui - coordonnées de l'association)

---

SOINS INFIRMIERS                       OUI                               NON  
(si oui - coordonnées de l'association)

---

TELESURVEILLANCE                       OUI                               NON  
(si oui - coordonnées de l'association)

---

AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE       OUI                               NON

Coordonnées de votre médecin traitant :

---

---

Demandeur

Date et signatures(s)  
Conjoint

**Pièces à fournir au moment de l'inscription :**

**- copie du dernier avis d'imposition**

**- certificat médical selon grille AGGIR délivré et signé par le médecin traitant**