

Cadre réservé au service	Numéro de dossier : <input style="width: 100%;" type="text"/>
---------------------------------	---

Avez-vous déjà déposé une demande de logement locatif social ? Oui Non Si oui, numéro d'enregistrement attribué :

Le demandeur	Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/>
Nom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom de jeune fille :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de naissance :	<input style="width: 20%;" type="text"/> JJ <input style="width: 20%;" type="text"/> MM <input style="width: 20%;" type="text"/> AAAA
Nationalité :	Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Hors Union européenne <input type="checkbox"/>
Situation familiale :	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Tél. :	Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/>
Mél. ⁽¹⁾ :	<input style="width: 80%;" type="text"/> @ <input style="width: 20%;" type="text"/>

ADRESSE OÙ LE COURRIER DOIT VOUS ÊTRE ENVOYÉ

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Code postal : Localité :

Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

ADRESSE DU LOGEMENT OU VOUS VIVEZ ACTUELLEMENT (SI ELLE EST DIFFÉRENTE)

Bâtiment : Escalier : Étage : Appartement :

Numéro : Voie :

Code postal : Localité :

Si vous êtes hébergé(e), personne ou structure hébergeante :

Votre conjoint ou le futur co-titulaire du bail	Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/>
Nom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom de jeune fille :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de naissance :	<input style="width: 20%;" type="text"/> JJ <input style="width: 20%;" type="text"/> MM <input style="width: 20%;" type="text"/> AAAA
Nationalité :	Française <input type="checkbox"/> Union européenne <input type="checkbox"/> Hors Union européenne <input type="checkbox"/>
Situation familiale :	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Tél. :	Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/>
Lien avec le demandeur :	Conjoint <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Co-locataire <input type="checkbox"/>

(s'il y a d'autres futurs co-titulaires du bail, donnez les informations sur une feuille complémentaire)

Personnes fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint ou du futur co-titulaire du bail qui vivront dans le logement

		Date de naissance	Sexe M/F	Lien de parenté parent enfant autre
1	Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/> JJ <input style="width: 20%;" type="text"/> MM <input style="width: 20%;" type="text"/> AAAA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/> JJ <input style="width: 20%;" type="text"/> MM <input style="width: 20%;" type="text"/> AAAA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/> JJ <input style="width: 20%;" type="text"/> MM <input style="width: 20%;" type="text"/> AAAA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/> JJ <input style="width: 20%;" type="text"/> MM <input style="width: 20%;" type="text"/> AAAA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(1) : facultatif