



FAMPOUX

Centre Communal Action Social

ENQUÊTE SOCIALE

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

NOM-PRENOM : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE : \_\_\_\_\_

- Marié(e)
- Paxé (e)
- Concubinage
- Célibataire
- Séparée (e)
- Divorcé(e)
- Veuf (ve)

NOM-PRENOM DU CONJOINT : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANT(S) : \_\_\_\_\_

SITUATION AU MOMENT DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---

SOUHAIT EMIS PAR L'INTERESSE (E) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

<b>RESSOURCES:</b>	
SALAIRE :	
PÔLE EMPLOI :	
PENSION ALIMENTAIRE:	
INDEMNITES JOURNALIERES SECU:	
R.S.A:	
PENSION CAISSE DE RETRAITE:	
COMPLEMENT FAMILIAL:	
ALLOCATIONS FAMILIALES:	
ALLOCATION PARENTALE D'EDUCATION:	
ALLOCATION JEUNE ENFANT:	
ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL :	
<b>TOTAL RESSOURCES:</b>	<b>0</b>

<b><u>CHARGES</u></b>	
LOYER:	
ELECTRICITE:	
GAZ:	
VEOLIA EAU:	
TELEPHONIE:	
MUTUELLE:	
CREDIT:	
AUTRE CREDIT:	
ASSURANCE:	
AUTRE ASSURANCE:	
TAXE D'HABITATION:	
TAXE FONCIERE:	
TOTAL CHARGES:	0

TOTAL RESSOURCES:	
TOTAL CHARGES:	
RESTE à VIVRE:	
Soit par jours:	
DETTES	
AIDE ANTERIEURE:	
ANNEE:	
PROPOSITION:	