

DEMANDE D'AIDE ET DE SECOURS

Première demande Renouvellement

VOTRE IDENTITÉ		<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle
Prénoms :	Nom :			
Date et lieu de naissance :				
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Sénégalaise	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :		
N° du passeport/CNI :				
Profession :				
Téléphone :	Email:			

VOTRE SITUATION ACTUELLE				
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Occupation :	<input type="checkbox"/> Étudiant(e)	<input type="checkbox"/> Salarié(e)	<input type="checkbox"/> Chômeur	<input type="checkbox"/> Retraité(e)
Adresse actuelle du lieu de résidence:				

PERSONNES A VOTRE CHARGE				
① Prénoms :	Nom :			
Date et lieu de naissance :	Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Époux(se)	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre
② Prénoms :	Nom :			
Date et lieu de naissance :	Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Époux(se)	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre
③ Prénoms :	Nom :			
Date et lieu de naissance :	Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Époux(se)	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre

MOTIF DE LA DEMANDE			
<input type="checkbox"/> Assistance financière : (à préciser):	Montant sollicité:	£	
<input type="checkbox"/> Frais médicaux : (à préciser):	Montant sollicité:	£	
<input type="checkbox"/> Rapatriement : (à préciser):	Montant sollicité:	£	
<input type="checkbox"/> Autres motifs (préciser)	Montant sollicité:	£	

MODE DE VERSEMENT			
<input type="checkbox"/> Dépôt direct	Nom :	Sorte code :	N° du compte :
<input type="checkbox"/> Numéraire	Nom :	Adresse :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> En nature	Nom :	Adresse :	Téléphone :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Signé à :	Signature :
Date :	(Le demandeur)

Partie réservée à l'administration			
<u>Type de document présenté</u>		<u>N° du dossier :</u>	
CNI	<input type="checkbox"/>	Demande reçue le :	
Passeport	<input type="checkbox"/>	Traitée par (Nom de l'agent):	
Extrait de naissance	<input type="checkbox"/>	Procès-Verbal comité AS N°:	
Acte divers	<input type="checkbox"/>	Décision N° :	
Lettre de l'hôpital	<input type="checkbox"/>	Montant attribué :	
Autres notices	<input type="checkbox"/>		