



DOSSIER D'ADMISSION

Résidence Habitat Jeunes

-FJT-

Madame Monsieur

NOM : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____
 Tél : _____
 Mail : _____

photo

LOGT N°	Date d'entrée	Date de sortie	Type de séjour
1 ^{er} séjour/...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> moins d'une semaine <input type="checkbox"/> moins d'un mois <input type="checkbox"/> plus
2 ^{ème} séjour/...../...../...../.....	

Cadre réservé au FJT

Evaluation sociale : oui non Suivi social : oui non
 Accueil fait par : _____

Responsabilité civile :
 Référence _____ Date d'échéance ____/____/____

Demande d'APL Oui Non Revenu net mensuel : _____ €
 Demande CIL Oui Non

N° allocataire :code :
 N° identifiant :code :

Montant du dépôt de garantie : _____ € Chèque Esp
 Réglé le : _____ par le résident CIL un tiers

Type de résident Résident standard Autre _____

Civilité

Situation familiale Célibataire Divorcé Marié(e)
 Pacsé(e) Veuf (ve) Autre _____

Né le ____/____/____ à _____ dépt _____

Nationalité _____

Téléphone ____/____/____/____/____ Téléphone mobile ____/____/____/____/____

Email _____

Adresse de facturation

Utiliser l'adresse de l'établissement Oui Non
Si non adresse de facturation _____

Code Postal ____/____/____/____/____ Localité _____

Personne à prévenir

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code Postal ____/____/____/____/____ Localité _____

Pays _____

Lien de parenté _____ Téléphone _____

Professionnel

Cat socio-Prof. Apprenti Demandeur d'emploi
 Etudiant Lycée Professionnel Lycée technique
 Lycéen Salarié(e)/employé(e) Stagiaire
 Stagiaire professionnel Autre _____

Profession _____

Secteur d'activité Administration Agriculture Artisanat
 Automobile BTP Banque, Assurance
 Coiffure, Esthétiq Comptabilité Immobilier
 Industrie, Product° Informatique Mode, Textile, Habillement
 Restauration Santé Service aux personnes
 Transport Social Non renseigné
 Sans activité Autre, précisez _____

Temps plein Temps partiel CDI CDD Intérim
 Autre, précisez _____

Nature des ressources : Aucune Liées à l'activité Provenant d'un tiers privé
 Relevant de l'aide à la personne Non renseigné

Enfants à charge du résident

Nombre d'enfants _____, dont à charge _____, dont restés au pays _____

Situation professionnelle des parents

	Père	Mère
Agriculteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre, profession libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnaire, agent de maîtrise, technicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chômeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décédé, Inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de frères : _____ Nombre de sœurs : _____

Pratiques personnelles et Centres d'Intérêts

Pratiquez-vous une ou plusieurs activités Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Attentes éventuelles : _____

Comment avez-vous connu la Résidence ? _____

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en accepte les clauses.

Le _____

Signature du résident

le Maire
Président du CCAS

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Charles FERRE

Les CHADAUX



RESIDENCE HABITAT JEUNES
D'EGLETONS

Cadre réservé aux mineurs

Je soussigné(e), (Nom et prénom) : _____

Demeurant à _____

Agissant en qualité de (père, mère, tuteur) _____

M'engage à faire le nécessaire pour qu'il/elle respecte le règlement de fonctionnement et que les frais d'hébergement soient payés régulièrement.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel en place à prendre toutes les mesures concernant la santé de mon fils (fille) :

Oui

Non

Préférences : médecin généraliste, médecin spécialiste, clinique, hôpital.

Egletons, le _____

Signature des parents ou tuteurs précédée de la mention « lu et approuvé »