

Commune demandée : 1^{er} choix _____
 2^e choix _____

Cadre réservé à LogiPays

N° Unique :

N° Dossier :

Réf. Logement : _____

Demande **Echange (locataire LogiPays)** **Type demandé :** FI F2 F3 F4 F5 F6

Motif de la demande

Collectif Individuel Indifférent

Logement actuel trop Petit Grand Cher Autres, Précisez :

| Identité | Demandeur <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> M. | Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> M. |
|----------------------------|--|--|
| Nom | | |
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| Nationalité | | |
| Profession | | |
| Date d'embauche | | |
| Type de contrat de travail | CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> | CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> |
| Employeur / Adresse / tél. | | |
| | | |

Adresse actuelle

Code Postal : Ville :

Depuis le : Tél. fixe : Tél. mobile : Tél. travail :

E-mail :

Nom et adresse du propriétaire actuel :

Logement actuel Privé ou HLM loyer actuel (charges comprises) :

Situation de Famille

Marié(e) Vie commune depuis le :

Célibataire Autres (précisez) :

Autres personnes vivant au foyer :

(préciser : Nom, prénom, date de naissance)

1

2

3

4

5

6

Autres précision :

Y a-t-il une pers. handicapée au foyer Oui Non

Nécessite-t-elle un fauteuil roulant Oui Non

Ressources

(nettes mensuelles)

Salaire
 Assedic
 Retraite
 Pension alimentaire
 RMI / RMA
 Allocations Familiales
 Allocation Parent Isolé
 Autres

| | Demandeur | Conjoint(e) | Autres personnes |
|--|-----------|-------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Visa de la (ou les) Mairie(s) concernée(s) :

Fait à _____, le _____

Signature demandeur(s) :