FONDATION ARALIS
LOGEMENT ACCOMPAGNÉ

Années : 20..... /20.....
Dates contrat SF : .....
Au : .....

FICHE CONTACT
Résidant en Séjour Fractionné

Nom : ..... **Prénom :**.....

Sexe : .....

Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

Ecole : ..... **Classe / niveau :** .....

Adresse employeur : .....

Numéro Siret entreprise : .....

Adresse demandeur : .....

Code postal : .....**Commune :** .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Téléphone parents ou tuteur (si mineur) : .....

Adresse mail parents ou tuteur (si mineur) : .....

Informations complémentaires (facultatif) : .....

.....

ARALIS Résidence ROCHAIX
10 rue Félix Rollet
Tél : 06 72 00 21 82
residence.rochaix@aralis.org