

## Formulaire de candidature-renouvellement

.....

A.1. COORDONNEES ET COMPOSITION DU MENAGE	
CANDIDAT	CONJOINT OU COHABITANT
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Registre national :	Registre national :
Profession :	Profession :
Handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> S.P.F.	Handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> S.P.F.
Téléphone :	Téléphone :
Adresse :	Adresse :

## MEMBRES FAISANT PARTIE DU MENAGE

	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté	Profession	Commune du domicile	Handicapé
1			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
	N° national		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Droit de visite			<input type="checkbox"/> Mutuelle
				<input type="checkbox"/> Ascendant			<input type="checkbox"/> S.P.F.
				<input type="checkbox"/> Autre			
2			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
	N° national		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Droit de visite			<input type="checkbox"/> Mutuelle
				<input type="checkbox"/> Ascendant			<input type="checkbox"/> S.P.F.
				<input type="checkbox"/> Autre			
3			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
	N° national		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Droit de visite			<input type="checkbox"/> Mutuelle
				<input type="checkbox"/> Ascendant			<input type="checkbox"/> S.P.F.
				<input type="checkbox"/> Autre			
4			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
	N° national		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Droit de visite			<input type="checkbox"/> Mutuelle
				<input type="checkbox"/> Ascendant			<input type="checkbox"/> S.P.F.
				<input type="checkbox"/> Autre			
5			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Enfant à charge		Date de domiciliation	<input type="checkbox"/> oui
	N° national		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Droit de visite			<input type="checkbox"/> Mutuelle
				<input type="checkbox"/> Ascendant			<input type="checkbox"/> S.P.F.
				<input type="checkbox"/> Autre			

Pour les femmes enceintes : Date prévue pour l'accouchement (mois/année) : ...../.....

**A.2. COMMUNES, SECTIONS DE COMMUNES OU QUARTIERS DE LOGEMENTS SOCIAUX AUPRES DESQUELLES LE MENAGE DESIRE ETRE CANDIDAT A L'ATTRIBUTION D'UN LOGEMENT (le présent formulaire sera également transmis aux sociétés concernées par la demande)**

o Soit choix général : Cinq communes au maximum à classer par ordre de préférence :

Communes gérées par la SOCIETE DE REFERENCE :

LES BONS VILLERS	PONT-A-CELLES	SENEFFE
<input type="checkbox"/> Mellet	<input type="checkbox"/> Pont-à-Celles	<input type="checkbox"/> Arquennes
<input type="checkbox"/> Frasnes-Lez-Gosselies	<input type="checkbox"/> Liberchies	<input type="checkbox"/> Seneffe
	<input type="checkbox"/> Thiméon	<input type="checkbox"/> Familleureux
	<input type="checkbox"/> Viesville	<input type="checkbox"/> Feluy
	<input type="checkbox"/> Luttre	

Communes gérées par d'autres sociétés :

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

o Soit choix plus ciblé : Cinq sections de communes ou quartiers de logements sociaux au maximum à classer par ordre de préférence :

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

Fait à ....., le .....

Signature(s) du (des) candidat(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

.....