



NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

NPA : ..... LIEU : ..... TÉL : .....

E-MAIL : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

SEXE :  homme  femme ÉTAT CIVIL : .....

NATIONALITÉ: ..... PERMIS D'ÉTABLISSEMENT / TYPE : .....

PAPIERS DÉPOSÉS À : ..... LANGUE PRINCIPALE :  français  allemand

REPRÉSENTANT LÉGAL : .....  curateur  parents

ADRESSE : .....

NPA : ..... LIEU : .....

TÉL : ..... E-MAIL : .....

RENTE AI :  1/1  3/4  1/2  1/4 RENTE COMPLÉMENTAIRE :  oui  non

AUTRES RENTES : .....

TYPE DE HANDICAP :  physique  mental  psychique  autre : .....

AUTRES PROBLÈMES :  alcool  stupéfiants  autre : .....

MOYENS AUXILIAIRES :  fauteuil roulant  cannes  autre : .....

HABITAT ACTUEL :  indépendant  avec parents  en home  autre : .....

BUTS / MOTIVATIONS DE LA DEMANDE : .....

.....

.....

.....

INTÉRÊT POUR UNE PLACE EN :  secteur chambres  secteur appartements

FORMULAIRE À RETOURNER À LA : **Fondation Centre ASI, rue du Faucon 28, 2502 Bienne**

LIEU ET DATE SIGNATURE DU CANDIDAT SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

.....