

Date de la demande :

Structure : .....

Téléphone : .....

**Nom et prénom du bénéficiaire :**

.....

**Date de naissance :** ..... **Téléphone :**

.....

**Composition familiale**

NOM	PRENOM	Age

**Aide demandée :**

**Demande d'aide adressée à Entraide de l'Eglise protestante unie de Versailles. 8, rue Porte de Buc. 78000 VERSAILLES**

***Sans RV les mardis hors vacances, 9h30-11h30***

***Sur RV en téléphonant au 06 47 00 21 90 (Mme GILBERT)***

**Nom et signature du travailleur social. TAMPON EVENTUEL**