

DIRECTION DE LA VIE SOCIALE

Centre communal d’action sociale

**DISPOSITIF DE VEILLE SOCIALE DE PROXIMITÉ**

**DEMANDE D’INTERVENTION**

DATE :

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

Nom / Prénom de l’interlocuteur :

Qualité de l’interlocuteur :

**IDENTITE DE LA PERSONNE**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Téléphone fixe / portable :

Courriel :

**OBJET DE LA DEMANDE D’INTERVENTION**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Transmission avec l’accord de la personne :

* OUI
* NON

Document à transmettre :

* par courrier : CCAS, dispositif de veille sociale, 1 place Maurice Gunsbourg - 92140 Clamart
* par courriel : veillesociale@clamart.fr