

N° DOSSIER :

DATE :

ENTRETIEN

MDS VAD ASTREINTE TEL

PERSONNE(S) PRESENTE(S) :

COMPOSITION FAMILIALE

NOM	PRENOM	DDN	PROFESSION

SITUATION LOGEMENT

LOC. PRIVE LOC. PUBLIC HEBERGE ACC.PROPRIETE
PROPRIETAIRE

ADRESSE

RUE :

CDP :

TELEPHONE : ...

RESSOURCES

NATURE	BENEFICIAIRE	MONTANT
SALAIRE		
PRIME ACTIVITE		
RSA / CHOMAGE		
AAH/AEH		
PENSION DE REVERSION/ RETRAITE		
AUTRE		
		TOTAL

N° CAF :

CHARGES

NATURE	MONTANT	
LOYER		
CHARGES		
ASSURANCES HABITATION		
ASSURANCES VEHICULES		
MUTUELLE		
TELEPHONIE/ INTERNET		
AUTRES		
		TOTAL

CREDITS

NATURE	MONTANT
CONSOMMATION	
	TOTAL

DETTES

NATURE	MONTANT
	TOTAL

DOSSIER DE SURRENDETTEMENT : OUI NON EN COURS

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :