

FICHE DE PRESCRIPTION

(A remplir par le prescripteur / la prescriptrice)

Date :/...../.....

Coordonnées du prescripteur / de la prescriptrice :

Nom : Structure : Téléphone :

Coordonnées du demandeur / de la demandeuse :

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse :

Mail :

Date et lieu de naissance :/...../..... à

Situation :

RSA AAH ASS demandeur/demandeuse d'emploi non indemnisé

-26 ans salarié-e ASPA (minimum vieillesse) SIAE ARE

Autres (préciser):

Prestations demandées :

Réparation : Véhicule :
Immatriculation (*fournir copie carte grise à votre nom*) :

Travaux à effectuer :

Location : à partir du/...../....., pour une durée de

Achat d'un véhicule d'occasion : Type et budget :

Mode de paiement : Dépôt demande d'aide Organisme :
 Prise en charge par client (préciser) : par chèque(s) en espèces

Possibilité de mensualités (nous consulter)

Signature du demandeur / de la demandeuse :

Signature et tampon du prescripteur / de la prescriptrice :