



**Accueil de jour**

Tous les lundis,  
9H00-12H00 et 14H00-15H30.

6, rue Gouffrand  
33300 Bordeaux

**Contact:**  
**Hélène COEURDEROY**  
**05.57.87.13.92**  
**ffcs.cesf@orange.fr**

**ORGANISME ORIENTEUR**

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

E-mail : .....@.....

Durée du suivi :  Renouvellement ? **OUI**   
**NON**

**SITUATION**

*Famille : ..... adultes et ..... enfants.*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Type d'hébergement : .....

Profession : .....

Suivi : .....

**BUDGET**

**Prestations sociales** (AF, CF, PAJE, AAH, AEEH, ASF, ARS, APL, RSA, ...) :  €

Allocation pour Demandeur d'Asile :  €

**Autre** :  € Précisez .....

Numéro d'allocataire CAF :

Aides sollicitées (cochez la ou les cases) :

**Alimentaire**

**Vêtements**

**Produits  
d'hygiène**

**Douche**





Fait à ....., le .....

*Cachet et signature*

