

ATTESTATION D'ÉLECTION DE DOMICILE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

☒ Mme ☐ M.

Nom(s) : LOUVERTURE

Prénom(s) : CASSANDRE

Nom(s) et prénom(s) des ayants droit : LOUVERTURE Noah

A élu domicile auprès de l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : Régis CHARBONNIER, Président du CCAS

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : /

Adresse postale : 7, boulevard Léon Révillon - 94470 BOISSY ST LEGER

Courriel : /

Téléphone : 01 45 10 61 32

Son adresse postale est la suivante :

Nom(s) : LOUVERTURE Prénom(s) : CASSANDRE

CCAS -

7, boulevard Léon Révillon

94470 BOISSY ST LEGER

DURÉE DE L'ATTESTATION

L'élection de domicile est accordée pour une durée d'un an.

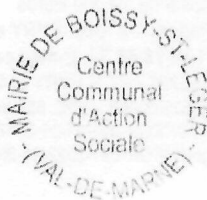
Date de validité de l'attestation : 20/04/2017 au 19/04/2018

Il est recommandé de demander le renouvellement de l'élection de domicile au moins deux mois avant sa date d'échéance.

Date de première domiciliation au sein de l'organisme : 20/04/2017

Fait à BOISSY ST LEGER le 20/04/2017

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME



Le Maire,
Régis Charbonnier
(Signature)