



Demande d'aide financière - URGENCE

ANNEXE 1 - CONFIRMATION DU STATUT D'URGENCE Intervenant

[Doit être remplie et retournée par courriel à la FRAS par l'intervenant]
info@lafras.com

Bénéficiaire

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Diagnostic confirmé : TED / autisme Déficience intellectuelle

Détails :

Le bénéficiaire vit avec : Garde complète - Mère et conjoint(e)
 Garde complète - Père et conjoint(e)
 Garde complète - Mère monoparentale
 Garde complète - Père monoparental
 Garde partagée

Coordonnées de l'intervenant(e)

Nom : Prénom :

Téléphone : Poste :

Courriel : _____

À mon avis, le répondant du bénéficiaire ci-haut mentionné a besoin d'aide financière en URGENCE.

Motif de l'urgence:

Signature

Date :