



OFFICE MUNICIPAL D'HABITATION DE SHAWINIGAN
113, 3^e rue de la Pointe, bureau 100, Shawinigan (Québec) G9N 1H5

DEMANDE POUR UN LOGEMENT ABORDABLE « MISSION UNITAÎNÉS »

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

VOTRE NOM

VOTRE ADRESSE

VOTRE DATE DE NAISSANCE

VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE COURRIEL : _____

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE D'UNE VOITURE OUI ____ NON ____

NUMÉRO D'IMMATRICULATION : _____

AVEZ-VOUS UN QUADRIPORTEUR OUI ____ NON ____

ÊTES-VOUS FUMEUR/FUMEUSE OUI ____ NON ____

AVEZ-VOUS UN INTERVENANT(E) SOCIAL(E) OUI ____ NON ____

SI OUI, SON NOM ? _____

DONNEZ LES NOMS, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE D'AU MOINS DEUX (2) PERSONNES À CONTACTER
EN CAS D'URGENCE.

1. _____ TÉL. _____

2. _____ TÉL. _____

N.B. : CE DOCUMENT EST STRICTEMENT CONFIDENTIEL.