

*Agrément n° N140217 F035 Q894

* Déclaration SAP824026983

Début souhaité de la demande :

COORDONNÉES

Nom(s) : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

Consignes d'accès (digicode, ligne de bus, étage....).....

Téléphones :

Domicile :

Travail(Mme) : Travail (Mr) :

Portable (Mme) : Portable (Mr) :

E-mail :

JOURS ET HORAIRES D'INTERVENTIONS SOUHAITES:

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI

Interventions possibles sur les heures du midi Oui Non **NOMBRE D'HEURES D'INTERVENTION**

Nombre d'heures et nombre de semaines travaillées :

Nombre d'heures par semaine :

Nombre de semaines travaillées par an :

Nombre de semaines non travaillées par an :

Nombre d'heures par an :

DESCRIPTION DE L'HABITATION

Appartement <input type="checkbox"/> Surface (m2)	Maison <input type="checkbox"/> Surface (m2)
Séjour <input type="checkbox"/> Salle à manger <input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/>	
Divers :	
Nombre de Chambre(s) :..... dont chambre(s) d'enfants :	
Salle de bain : Coin douche : W.C :	
Animaux :	

CAHIER DES CHARGES :

RANGEMENT MENAGE REPASSAGE

MENAGE	PRODUITS UTILISES
Cuisine :	
Chambre(s) :	
Séjour, salle à manger :	
W.C :	
Salle de bain :	
Autre(s) : (escalier, couloir ...)	
Ménages ponctuels :	
REPASSAGE	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui à combien de temps estimez vous le repassage ?.....	
Remarques :	